سيكولوجية

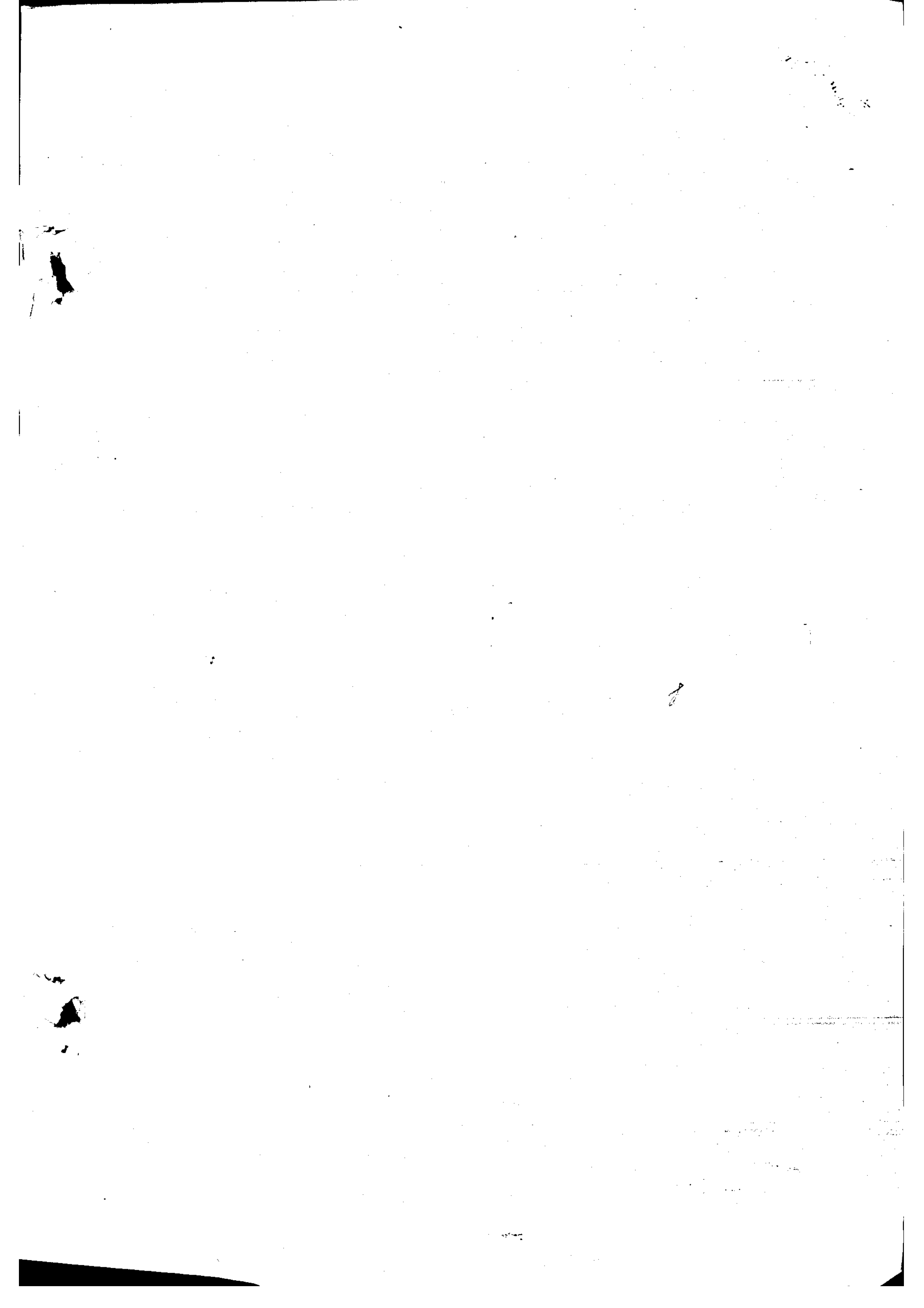
الصم والعميان

إعـــداد

أ.د/ عبد الرحيم بخيت
وكيل كلية التربية

أ.د/ مشيرة اليوسفى
أستاذ الصحة النفسية

٢٠٠٤/٢٠٠٥م



الجزء الأول

سيكولوجية الصم



الفصل الأول
الإعاقة السمعية

- مقدمة ونظرة عامة للأطفال المعوقين وعائلاتهم من منظور عالمى.
- التعريفات الخاصة للصم.
- أسباب الإعاقة السمعية.
- اكتشاف الإعاقة السمعية وتشخيصها.
- خصائص الشخصية والتوافق النفسى والاجتماعى للصم.
- الخصائص السيكولوجية للصم.
- دراسة عن تفضيل الشكل كأسلوب فارق لشخصية الأطفال الصم وضعاف السمع وأثر استخدام الإرشاد باللعب فى خفض الاستجابات العصابية.

الفصـــل الأول

الإعاقـــة السمعيــــة

Auditory Handicaps

نظـــرة عامـــة للأطفـــال المعوقين وعائلاتهم من منظـــور عالـــمي

مقـدمــة :

بعد سنوات قليلة سينتهي هذا القرن، وقد حان الوقت لنسأل مـــاذا يحمـــل المستقبل لأطفال المعوقين، وماذا يستطيع أن يفعل الأباء والمختصون لتشكيل هـذا المستقبل، وكيف يمكنهم العمل بفاعلية أكثر لأحداث مثل التغيرات الإيجابية. "بيتر متلر" (Peter Mittlen 1988)

التعليـــم للجميـــع ؟!

أولاً : نحن نتوقع بأن يدخل جميع الأطفال المدارس، وبغض النظر عن مســـتوى الصعوبات التي يعانون منها.

من الممكن تحقيق هذا الهدف في البلدان التي تعتـــبر أن التعليـــم إلزامـــي لجميع الأطفال بطبيعة الحال. ولكننا نأخذ بعين الاعتبار مقدار التحـــدي الكبـــير للتعليم الابتدائي العالمي لأطفال العالم. فيجب أن تزداد الأمـــاكن المتوفـــرة فـــي المدارس من أقل من (٣٠٠) مليون لعام ١٩٨٠ إلى ما بين (٥٠٠ـــ٦٠٠) مليـون في عام (٢٠٠٠) ومع أن هناك زيادة في عدد الأطفال الذين يدخلـــون المـــدارس فإن اقل من نصف الأطفال في أقل من (٣١) دولة نامية في العالم يذهبـــون لأي شكل من أشكال المدرسة والعديد ممن يدخلون المدرسة يتسربون منها بعـــد ٣ أو ٤ سنوات. ولا يزال هناك (٩٠٠ مليون) أمي في البلدان النامية، وثلثـــي هـــؤلاء من النساء. (منظمة اليونسيف، ١٩٨١، ١٩٨٩).

ومــاذا عن الأطفــال المعاقين ؟

في عام ١٩٨١ أشارت منظمة اليونسيف إلى أن هناك (١٤٠) مليون طفل معاق في العالم، (١٢٠) مليون منهم يعيشون في الدول النامية، (٨٨ مليون) في أسيا، و(١٨ مليون) في أفريقيا، و(١٣ مليون) في أمريكا اللاتينية، و(١١ مليون) في أوروبا و(٦) مليون في أمريكا الشمالية، وفي فترة العشرين سنة ما بين عام ١٩٨٠ ـ ٢٠٠٠ من المتوقع زيادة أعداد الأطفال والشباب المعاقين من كافة الأعمال من (٤٠٠ مليون) إلى (٦٠٠ مليون). ومع أن هذه الأرقام ما هي إلا نتيجة للزيادة السكانية الهائلة إلا أنها تؤثر على مقياس التحدى.

وعلى أساس الخلفية السابقة، ما هي فرص الأطفال المعوقين في الحصول على قبول في المدارس المحلية ؟

تشير منظمة اليونسييف والوكالات الدولية الأخرى إلى أن أقل من (١%) من الأطفال المعوقين في جنوب وشرق أفريقيا يذهبون للمدرسة.

وهذا العدد يختلف وبشكل كبير من بلد لآخر. وحتى ضمن المنطقة أو البلد الواحد. وغالباً ما تقوم المنظمات التطوعية بإحصاء مثل هذه الأرقام المشار إليها سابقاً أكثر من السلطات التربوية. ويقل هذا العد في الأسر القادرة على تحمل تكاليف التعليم لكن معظم الأطفال في الأماكن الأكثر فقراً، لا يزالون ضمن الغالبية الكبرى ممن لا تصلهم هذه الخدمة.

ويبدو واضحاً مما سبق بأن الأهداف المتعلقة باصطلاحات الدمج أو جعل كل المدارس عادية لا تعنى ذات الشئ في بلدان مختلفة أو حتى في أرجاء مختلفة من البلد الواحد. فماذا عن هذه الاصطلاحات في بلد يذهب أقل من نصف أطفاله إلى المدرسة، بحيث ترتفع معدلات الأمية، وحيث يتواجد أكثر من (١٠٠) طفل في الصف الواحد، وحيث يتم تدريب المعلمين بشكل جزئي. وبالرغم من هذه التباينات المتشددة للمقياس، من الممكن إيجاد بعض التوجهات الإيجابية.

مسئوليــــة الحكومـــــة :

من الواضح أن الحكومات بدأت تأخذ مسؤولياتها بجدية بخصوص تعليـــم الأطفال ذوى الحاجات الخاصة، وفى مسح حديث لمنظمة اليونسكو، أشارت إلـــى أن (٤٨) بلداً من أصل (٥٨) أخذت مسؤولياته فى تعليم الأطفال المعوقين والقــت بهذه المسؤولية لسلطات الخدمات الاجتماعية أو الصحية، أو لم تعهد بها لأحد كما كان يحدث فى السابق (اليونسكو، ١٩٨٨) كما أشارت منظمة اليونسكو فى هـــذا المسح أيضاً، إلى أن التحاق هؤلاء الأطفال بالمدرسة لم يكن ممكناً ســواء أكــان ذلك بضغط الأهالى أو إجبارياً من خلال السلطات فى (٢٣) بلداً مــن الأعضـــاء والتى تطبق سياسة التعليم الالزامى.

وفى تسعة عشر بلداً آخر أشارت الحكومـــات إلـــى أن بعـض الأطفـــال المعوقين قد تم طردهم من المدرسة. وهذا الأمر لا يزال يحدث فـــى عـــدد مـــن البلدان الغربية، وخصوصاً عندما يعانى الأطفال من اعاقات شديدة أو متعـــددة أو عندما يعانون من مشكلات سلوكية شديدة.

يعانى الأطفال من اعاقات شديدة أو متعددة أو عندما يعانون من مشـــكلات سلوكية شديدة.

التشـــريـــع :

هناك عدد متزايد من البلدان التى تخطت مرحلة القانون وخصوصاً فيمـــا يتعلق بالسماح للأطفال المعوقين بدخول المدارس. أما الجزء الثانى من القـــانون والمتعلق بالتربية الخاصة فقد تولته أقسام التربية فـــى الحكومـــة ســـواء علـــى المستويات الوطنية أو المحلية حينما كان ملائماً كما أولت هذه الـــدول رعايتـــها لإيجاد روابط فعالة من التعاون بين الأقسام وأقسام أخرى تهتم بمجـــال التربيـــة. وهناك اهتمام متزايد بالمخاطر التى قد تنجم عن فصل التربيـــة الخاصـــة عـــن

القطاعات الأخرى ضمن الأقسام الحكومية، الأمر الذى قد يؤدى للعزل وهذا ما يحاول الدمج تجنبه.

القاعدة الجذرية للدمج :

هناك أدلة متزايدة على أن هناك التزام بتعليم الأطفال المعوقين فى مدارس عادية. وقد أشارت الموسوعات إلى أن بعض المناطق مثل الشمالى الغربى من باكستان أظهرت وبشكل عرضى وطبيعى شكلاً من أشكال الدمج. فالأطفال شديدى الإعاقة يذهبون للمدرسة ودون أى احتجاج على ذلك، لأن هؤلاء الأطفال من المواطنين المحليين ولأن أخوتهم واخوانهم يقومون بإيصالهم للمدرسة.

يجب النظر إلى هذه التطورات كجزء من التطورات الواسعة فى العالم، وفى اتجاه التأكد المتعاظم على العناية بالصحة الأولية على التأهيل المستند إلى المجتمع. وقد تم إبراز ذلك من خلال منظمة الصحة العالمية، وبعض الكتب مثل كتاب (ديفيد ويرنر) بعنوان (عندما لا يكون هناك طبيب Where there is Doctor).

كما أعطيت مسافات قصيرة للتدريب، ولعل قليل من الناس على المستوى المحلى فى مجال الرعاية الصحية مثل الصحة العامة والتغذية وولادة الطفل وتنشئته كما اعطيت لهم بعض المعلومات حول الأمراض الرئيسية والظروف التى تستدعى احضار المساعدة المتخصصة. وهكذا ومن خلال هذه الطرق فإن الموطنين المحليين يعملون كمصادر للصحة فى مجتمعهم المحلى.

لقد تم توسيع هذا المنحى ليشمل الأفراد المعوقين ايضاً، وقام برنامج التأهيل المجتمعى بإنشاء برنامج تدريبى للعاملين فى مجال الصحة المحلية وذلك بهدف مساعدة العائلات والمجتمعات المحلية لدعم ومساعدة الشباب والأطفال المعوقين لتعلم المهارات الأساسية، والتى تعتبر ضرورية للاعتماد على الذات وللبقاء على قيد الحياة داخل مجتمعاتهم.

ولسوء الحظ ولوقت قريب، كان يعتقد بأن برنامج التأهيل المجتمعى هو مبادرة مستندة للسلطات الصحية وذلك على المستويات الدولية والقطرية والمحلية، والخطوة التالية هى دمج هذا البرنامج مع التعليم المجتمعى، فالعاملين فى مجال الصحة والمعلمين المحليين بدأوا بالعمل معاً للتشارك فى الخبرة والمعرفة، وبهدف مساعدة الأطفال المعوقين للذهاب للمدرسة وليتم قبولهم كأطفال مشاركين فى المجتمع المحلى.

التعليم خارج المدرسة :

إذا اعتبرنا التعليم جزء من العملية المستمرة للحياة، والتى تساعد على التعليم والنمو، فذلك يعنى أن التعلم يبدأ منذ الولادة ويستمر لمدى الحياة. والمدرسة هى مرحلة قصيرة فى هذه العملية من التعلم. وقد حان الوقت لكى يشارك الأباء والمجتمع المعلمين فى مهمة التعليم فى تلك الأماكن الخاصة بالتعليم والتى تدعى المدرسة.

إن سنوات ما قبل المدرسة تمثل أسرع فترات التعلم، حيث يبدأ الدماغ بالتطور، ونكون فى هذه الفترة مستقبلين للتعلم، وعندما نصبح فى الرابع من العمر، يقال بأن (٥٠%) من نمو قدراتنا العقلية تصبح مكتملة، وعندما نصبح فى الثامنة من العمر يقارب نمو قدراتنا العقلية من (٩٠%).

وبعيداً عن هذه الاحصاءات المظلمة، فإن معظمنا يستمر فى محاولة التعلم وزيادة خبرته، وحتى لو بدأت قدراتنا العقلية فى الانحدار.

إن المعلمين بشكل عام، ومعلمى التربية الخاصة بشكل خاص، بدأوا يخرجون من بين جدران المدرسة للعمل أكثر واكثر فى أوضاع مجتمعية ومع صغار الأطفال، ومع الأسر داخل منازلهم، وفى الكليات المحلية، ومراكز تعليم الكبار، ويعملون فى مجالات عدة كالتسلية والرياضة، ويعملون مع الشباب والراشدين والمسنين.

إن المدارس والمعلمين بدأوا بالعمل من خلال المؤسسة، وبدأوا يعـــودون التى جذورهم فى المجتمع.

الـدعـــم الأســـــرى :

من خلال تعريفنا السابق للتعلم، فإن الأباء يقعون فى قلب هذه العملية مــن النمو والتعلم. وفى السنوات السابقة كان الآباء يقومون بمهمة التعليـم بمفردهـم، ولاحقا بدأوا يشاركون المعلمين فى هذه المهمة، وحالياً مهمة الآباء الرئيسية هـى مساعدة الطفل لتحمل مسؤولية نفسه للتعلم والنمو.

لكن ماذا عن الأطفال المعوقين أو الذين يعانون من صعوبات واضحـــة ؟ وما هى نوع المساعدة التى يحتاجها الآباء لتنفيذ وظائفهم الأبوية العادية ؟ وكيـف يمكن للأباء التعبير عن احتياجاتهم ؟ ولمن ؟ وكيف يمكـــن تقديـر مثـل هـذه المساعدة ؟ وكم هو عدد الأباء الراضين بهذا الدعم المقدم الآن ؟ وكيـــف يمكـن مساعدة الأباء للتعامل مع مشاعرهم الخاصة واتجاهات الجيرة والمجتمع المحلـى بشأن الأطفال المعوقين ؟

إن هذه الأسئلة يجب أن تطرح، لأن هناك موافقة واسعة بخصوص المبـدأ الذى يقول بأن الأطفال المعوقين وعائلاتهم لهم نفس الحقوق الأساسية التى يتمتـع بها أى مواطن آخر، وعلى الرغم من أن كثير من المجتمعات لازالت بعيدة عـن ترجمة هذا المبدأ إلى تطبيق علمى، فإننا لن نستطيع تحقيق أى تقدم إلا إذا بقينـــا نصر على هذه الحقوق، ولن نقبل بأن يكون الأطفال المعوقيـــن أو عائلاتـــهم أو المختصين العاملين معهم مواطنين من الدرجة الثانية.

والأسئلة الرئيسية التى يمكن أن تطرح تتضمن ما يلى :

١- ما مدى اقتراب الأطفال والشباب والبالغين المعوقين، من الفرص التعليمية المتاحـــة أمام الأشخاص الآخرين فى نفس الفئة العمرية ؟

٢- ما مدى تفاعل واختلاط الأفراد المعوقين مع الأشخاص غير المعوقين.

٣- ما هى الوسائل التى يمكن من خلالها أن يعمل الأباء والمختصين بشكل أوثق لتعزيز نمو الطفل فى كل من البيت والمدرسة ؟

بهذه الأسئلة وهذه التحديات، نستطيع تقديم صورة مختصرة لبعض التطورات والاتجاهات الحديثة.

تعليم ما قبل المدرسة :

العديد من البرامج ركزت على الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن السنتين، لكن الحاجة ماسة أكثر للعمل مع الطفل فى أول سنتين من عمره، وليس الطفل فحسب بل العائلة ككل. وهناك العديد من التطورات التى يمكن الإشارة إليها فى هذا المجال، وبعضها برامج تعتمد على الأسرة وأخرى تعتمد على المركز.

مشاريع تعتمد على الأسرة :

الواقع إن الدعم المقدم للأسرة والطفل، لا يمكن البدء به فى وقت مبكر وفى بعض الحالات يمكن تقديم الدعم منذ الأيام والأسابيع الأولى للحياة. هذا لا يكون إلا فى بعض حالات الإعاقة الواضحة منذ الولادة كالمنغولية والشلل الدماغى، حيث يقوم زائر مختص بزيارة العائلة ولتقديم اقتراحات عامة أو خاصة متعلقة ببعض النشاطات التى تساعد على نمو الطفل.

إن مثل هذه المساعدة يمكن تقديمها من قبل الأشخاص التقليديين الذين يحضرون عملية الولادة، كالقابلة المؤهلة أو مندوب الصحة، وهؤلاء بدورهم بحاجة إلى التدريب لكى يكونوا على وعى بحاجات الطفل المعاق وأسرته. ذلك أن ردود أفعالهم ونوعية الدعم الذى يقدمونه، هو الذى يؤثر فى اتجاهات الوالدين نحو المختصين اللاحقين بما فى ذلك المعلمين.

وحتى الآن، فالعديد من برامج الدعم المبكرة هذه قدمت خطط لها من قبل عاملى الصحة لكن من الواضح أن المعلمين والأخصائيين الاجتماعيين أو المتطوعين أو الآباء يستطيعون القيام بهذا العمل أيضاً. وخصوصاً إذا ما تم تزويدهم بالتدريب إلى جانب الخبرة العملية. إلا أن مثل هذا العمل يحتاج إلى مهارات المختصين، لكن لا يوجد هناك مختص واحد لديه إجابات على كل الأسئلة. لذا فإن مثل هؤلاء الأشخاص يجب أن يعملوا مع الآباء كشركاء متساوين. ولعل أفضل مثال على التدخل فى مرحلة ما قبل المدرسة هو البرنامج الذى بدأ فى المناطق الريفية فى الولايات المتحدة الأمريكية، ومن ثم تبنته العديد من المناطق الأخرى. ويتمثل جوهر هذا الأسلوب بقيام المعلم الزائر بزيارة العائلة مرة كل أسبوع، ذلك بعد القيام بقياس جوانب المهارة لدى الطفل، كمساعدة الذات، والنمو الاجتماعى، والاتصال، والمهارات المعرفية واللعب. ثم يقرر زائر المنزل وبمشاركة الوالدين هدفاً تعليمياً بحيث يمكن للطفل الوصول إلى هذا الهدف خلال فترة زمنية قصيرة، أسبوع مثلاً. ويقوم المعلم الزائر بإيضاح النشاطات والطرق التعليمية التى تساعد الطفل على بلوغ الهدف، ويقوم الأباء بعملية التعليم فى المنزل، ويعتبر هذا البرنامج مرنا، بحيث يمكن تنبيه فى مدى واسع من الظروف المنزلية المختلفة، ويمكن له أن يضم افراداً آخرين من العائلة والجيرة.

<u>إن هذا البرنامج يعكس عدداً من الأفكار الجديدة وهى :</u>

١- إن البرنامج يعتمد على المنزل أكثر من اعتماده على المركز. فالمختصون يقومون بزيارة العائلة بدلاً من قيام العائلة باحضار طفلها إلى مركز متخصص.

٢- أى شخص يمكنه التعلم، ليصبح عضواً فى هذا البرنامج، حيث يزود بالخبرة الكافية عن الأطفال الصغار والتعامل لكل أسرة. إن العاملين فى هذا البرنامج هم فى الأصل عاملين فى مجال الصحة أو ممرضات أو معلمين، أو

أخصائيين اجتماعيين، أخصائيين نفسيين ومعالجين نفسيين. لكن المتطوعين والأباء الآخرين. أظهروا أنفسهم على أنهم ذوى كفاءة متساوية مع بقية الاعضاء.

٤- أحد جوانب القوة فى المشروع يكمن فى تقديم الدعم الشخصى والعاطفى للأباء. وكذلك احساس الوالدين بالفخر للتقدم الذى يحرزه طفلهم.

ومقابل جوانب القوة السابقة، يمكن التعرف على بعض جوانب القصور وهى :

١- على الرغم من فعالية البرامج المعتمدة على الأسرة فى مساعدة الطفل على النمو الأسرة فى مساعدة إلا أنها تجرم الطفل من الاتصال الاجتماعى مع الأطفال الآخرين سواء كانوا فى صفوف عادية أو خاصة.

٢- عملية التقييم والنشاطات المقدمة، فى الغالب لا تكون ملائمة للأطفال شديدى الإعاقة أو الاعتماديين. ذلك ان عملية القياس قد تكون بعيدة عن الخطوات التعليمية المتخذة. ومع هذا فبإمكان المعلم ذو الخبرة وضع خطوات معتدلة بحيث يمكن بلوغها.

٣- قد لا يشعر الأباء براحة تجاه عملية تسجيل انجازات الطفل، وخصوصاً الأباء ذوى المهارات القرائية والكتابية الضعيفة.

٤- هناك مخاطر فى أن يقوم زائر المنزل القليل الخبرة بتحديد هدف تعليمى غير ملائم، ويكون نتيجة ذلك شعور الأباء بالاحباط لفشلهم فى مساعدة الطفل على الوصول للهدف وخلال فترة زمنية قصيرة.

٥- هناك خطورة أيضاً فى أن يكون زائر المنزل متحمساً أكثر من اللازم، مما يجعله يطلب من الوالدين القيام بأعباء تعليمية كثيرة، الأمر الذى يؤدى إلى إهمال الوالدين لبقية أفراد الأسرة. وفى الواقع .. فإن أحد جوانب القوى فى

هذا المشروع يتمثل فى أن الأهداف التعليمية، يمكن تعليمها للطفل بشكل طبيعى، ومن خلال المهمات والنشاطات المنزلية اليومية، أكثر من كونها تعليم فردى One-to-One Teaching.

٦- إذا اعتبرنا إن مثل هذا المشروع مستخدم منذ ١٨ سنة، فإننا نتوقع أن ترى أبحاثاً تتعلق بعملية التقييم لهذه المشاريع.

بشكل عام ... فإن هذا البرنامج وغيره من البرامج المشابهة. يعكس ثانية مدى الصراع من بين ما هو عادى وما هو خاص. وبالرغم من أن الكثير من الأباء يرغبون فى قضاء ساعات لتعليم أبنائهم، لكن يجب أن لا يغيب عن أذهاننا أن من حق هذه الأسر أن تعيش حياة عادية، قد يعيش الأباء فى صراع ما بين رغبتهم فى مساعدة ابنهم، والتزامهم نحو احتياجات الأسرة ككل. لذا لا يجوز دفع الأباء للمشاركة أو جعلهم يشعرون بالندم إذا ما فشلوا فى المشاركة.

مشاريع تعتمد على المركز :

هناك عدد متزايد من الأطفال المعوقين الذين يداومون فى مرحلة ما قبل المدرسة، وجنباً إلى جنب مع الأطفال غير المعوقين، وقد يكون ذلك فى مدارس حضانة أو صفوف فى مدارس عادية، أو قد تكون جماعات لعب تديرها منظمات تطوعية، بما فى ذلك المنظمات التى يديرها الأباء أنفسهم.

تشير الدلائل المتوفرة ـــ على الرغم من قناعة ورضا الآباء بوضع الطفل ـــ إلى الحاجة لتوفير المزيد من المعرفة والمهارات للعاملين فى مرحلة ما قبل المدرسة وذلك لتلبية احتياجات الأطفال وعلى أسس فردية. وبشكل عام فهؤلاء العاملين لا يتلقون معلومات كافية عن الصعوبات التى يعانى منها الأطفال، أو عن نتائج التقييم التى قام بها المختصون فى المستشفيات أو المراكز الخاصة لهؤلاء الأطفال. ونادراً ما يزورهم معلمون مختصون أو مشرفين، والذين بإمكانهم اقتراح طرق لتلبية حاجات الأطفال الفردية. وعلى الرغم من خبرة

هؤلاء العاملين فى مراحل ما قبل المدرسة العادية ومعرفتهم بالنمو الطبيعى للأطفال، إلا أن الأمر سيكون أفضل أو اتخذت الترتيبات لمساعدة العاملين على تلبية الاحتياجات الخاصة للأفراد.

التعاون من آباء الأطفال الذين هم فى سن المدرسة:

عندما يدخل الأطفال للمدرسة، كيف يمكن للأباء والمعلمين العمل معاً؟

على الرغم من الالتزام المبدئى بضرورة مشاركة الوالدين، فإن المعلومات قليلة عن حقيقة ما يجرى فى الممارسة اليومية، وفى الواقع هناك أدلة متزايدة على وجود فجوة بين ما يقال والواقع. ففى كل من المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأميركية، هناك نقص فى معلومات الأباء عن طفلهم وعن الطرق البديلة التى يمكن من خلالها تلبية احتياجات الأطفال على المستوى المحلى. إن الأباء لا يحصلون على المعلومات الكافية التى يحتاجونها، وكذلك لا تتم استشارتهم أو اعطائهم الفرصة لاتخاذ خياراتهم، ومشاركتهم فى مؤتمرات الحالة قليلة، وغالباً ما تأتى متأخرة.

وعلى المستوى الدولى، فقد تم تفويض الاتحاد الدولى لجمعيات الاشخاص المعوقين عقلياً من قبل اليونسكو لتطوير بعض الإرشادات الدولية حول التعاون بين الأسر والمختصين.

هذه الاقتراحات طبقت على (١١٠) جمعيات وفى أكثر من (٧٠) بلداً، وذلك كمحاولة لجمع المعلومات عن التطور والمشكلات فى بلدان مختلفة، ومن منظور الأباء أنفسهم. ومن خلال الاستجابات التى وصلت من الأباء، بدأ يظهر وبوضوح، ورغم وجود أمثلة على الممارسات الجيدة، أن الأباء يشعرون بأنهم دوماً يستثنون من المناقشة أو اتخاذ القرار، ولا يشاركون فى البرامج التعليمية التى يطورها المعلمون.

مبررات التشارك :

على ضوء هذه النتائج، فمن الضرورى وجود التشارك بين الوالدين والمعلمين للأسباب التالية :

١- إن الأباء والأسرة هم الأقرب للطفل وبكل الجوانب، لذلك فإن المختصين يكونوا أكثر فعالية إذا ما استطاعوا مساعدة الأباء بهدف مساعدة أبنائهم.

٢- الأباء والمعلمون على حد سواء لديهم معلومات عن الطفل، والتى الضرورى أن يتشاركوا بها كالمعلومات عما يحبه الطفل ما لا يحبه، واستجاباته نحو الكبار، واستجاباته للمطالب والمواقف الجديدة، ومزاجه، وكذلك عن انجازاته ومهاراته فى البيت والمدرسة وبيئات أخرى.

٣- كل الأباء يتشاركون مع المعلمين وغيرهم، فالمهمة الأساسية هى التنشئة الاجتماعية وإعداد الطفل ليأخذ مكانه فى مجتمع الكبار. وعندما يتعلق الأمر بالأطفال شديدى الإعاقة. فإن للأباء والمعلمين أهدافاً تعليمية إضافية مشتركة. كتعليم الطفل العناية بالذات، والاستقلالية، وتعليمه الأكل لوحده وأن يلبس ويذهب للتواليت بمفرده. وهو يهتمون كذلك بمساعدة الطفل على تعلم الاتصال وفهم الآخرين، وأخيراً فهم المتطلبات والتوقعات من المجتمع المحلى.

٤- أن النمو والتعلم لدى جميع الأطفال لا يمكن تحقيقه إلا من خلال العمل عن قرب مع البيئات التى يعيش بها الطفل.

٥- العديد من الأبحاث تشير إلى أهمية تأثير المنزل على نمو جميع الأطفال، وخصوصاً فى السنوات الأولى.

٦- إن الخبرة والمعرفة فى تنشئة الأطفال الآخرين، والتى لا يشك بقيمتها، ليست بالضرورة كافية لمساعدة الطفل المعوق على النمو.

٧- فى العديد من البلدان، من حق الوالدين بموجب القانون المشاركة فى النقاش وفى صنع القرار. وتتضمن هذه الحقوق، الحق فى الحصول على المعلومات، والاطلاع على السجلات والتقارير، وحقهم فى المشاركة بالتقييم وفى وضع الخطة الفردية.

٨- هناك أمثلة عديدة فى الأدب التربوى المتعلق ببرامج التدخل المبكر والبدء بالتدريب، تقترح أن أباء الأطفال المعوقين الذين يشاركون وبشكل مباشر فى المشروع، يحصل أبناءهم على نتائج وتقدم أفضل على المدى القصير والطويل مما يحققه الأطفال الذى يخضعون لنفس مما يحققه الأطفال الذين يخضعون لنفس البرنامج ودون مشاركة الوالدين. وفى مجال التعليم الابتدائى العادى، هناك أدلة متزايدة على الفائدة التى يجنبها الوالدين عندما يستمعون لأطفالهم وهم يقرأون أو يعملون مع المعلمين. والعديد كذلك من الأباء من البيئات الاجتماعية غير المحظوظة، والذين يعيشون فى ظروف من التوتر والإحباط، قد عملوا جيداً مع المعلمين فى مثل هذه المشاريع وحققوا منفعة/ جوهرية ودائمة لأطفالهم.

إن وضع تعريف أو تحليل لهدف التشارك ليس أمراً سهلاً ولكن يمكن النظر إليه على أنه يتضمن بعض العناصر التالية :

أ- العلاقة القائمة على المساواة والاحترام المتبادل.

ب- المختصون يحترمون ويفهمون فردية كل عائلة، وكل عضو من أعضاء العائلة.

ج- إمكانية الثقة بالمختصين من قبل الأباء بوصفهم مستهلكين (للخدمات المقدمة).

د- التشارك فى المعرفة والمهارات والخبرة وفى صنع القرار.

التغلب على العقبات التى تحول دون التعاون :

من المفيد محاولة التعرف على عدد من العقبات التى تحول دون التعـــاون والطرق التى يمكن من خلالها تناول هذه العقبات أو التغلب عليها سوف تختلـــف من بلد لآخر ومن مجتمع لآخر.

وعلى الرغم من أن بعض هذه العقبات مؤسسية الطـــابع، إلا أن معظمـــها فردى أو شخصى فالجميع يعلم عن أمثلة، حيث تكون العلاقات بيـــن المختصيـــن والأباء متحولة للأفضل أو الأسوأ، وذلك لوصول معلم جديد وأحياناً التغـــير فـــى التطبيق يتبع حضور مؤتمر ما ينجم عنه الاقتناع بممارسة جيدة.

ببساطة فإن العديد من العقبات توجد وتنتشر بسبب الاتجاهات التى يكونـــها المعلمون والمختصون تجاه الأباء، تلك الاتجاهات التى لا تتضمن بدرجة كبـــيرة الشكل أو اللامبالاة، ولكن الفشل فى تقبل وتثمين المساهمية التى يمكن أن يقدمـــها الأباء من خلال عملهم مع المعلمين أو المدرسة.

وفيما يلى ملخص لأهم هذه العقبـــات :

١- **نقص الاعداد والتدريب** : لا يقدم التدريب الكلى للمختصين ولا الخبرة اللاحقة أو التدريب أثناء الخدمة (مع بعض الاستثناءات) الفرص لاعتبـــار حاجـــات الوالدين والطرق التى يمكن من خلالها للمختصين والأباء العمل معاً وبنجاح.

٢- **البعد الاجتماعى والنفسى** : إن التدريب الذى يخضع له المختصون، يمكن أن يخلق حواجز نفسية واجتماعية غير ضرورية، مما يجعل تعاملهم مع الأبـــاء كشركاء متساوين أمراً صعباً وغالباً ما يشكوا الأباء من نـــزوع المختصيـــن لإبراز تفوقهم وتظاهرهم عليهم مما يجعلهم يتشككون فى دقـــة ملاحظاتـــهم ويفشـــون فى الاستماع إليهم.

٣- **التوفيق بين حاجات الطفل وحاجات الأطفال الآخرين** : إن المختصين الذين يعرفون الطفل فقد، ولا يعرفون احتياجات الأسرة ككل، قد يتطلبون مشاركة كبيرة من الأباء، الأمر الذى يؤدى إلى إجهاد وتوتر العائلة. ومن الممكن أن تساعد الزيارات المنزلية التى يقوم بها المعلوم أو الأخصائى الاجتماعى على تقليص هذه الفجوة.

٤- **المطالب والتوقعات غير الواقعية** : يمكن أن تكون للأباء والمعلمين توقعات غير واقعية من الطفل. وقد تكون هذه التوقعات أعلى من اللازم أو أقل من اللازم وهذا لا يعتمد على قدرات الطفل فحسب ولكن على طبيعة ونوعية الدعم المتوفر فى المنزل أيضاً. كما أن بعض المختصين قد يطلبون من الوالدين القيام بمتطلبات كثيرة، مثلاً التدريس اليومى، وتسجيل انجازات الطفل بشكل مفصل والخ ...، مما يؤدى إلى وضع عبئ كبير على الأسرة وتجعل الأباء يحاولون تنفيذ هذه المتطلبات لأنهم يعتقدون أن تقدم طفلهم يعتمد عليهم بالدرجة الأولى. وبنفس الطريقة، قد تكون للوالدين توقعات غير واقعية لما يمكن للمعلمين انجازه، وقد يصابون بخيبة أمل كبيرة عندما لا تتحقق هذه التوقعات.

من الواضح أن العقبات المشار إليها سابقاً هى عقبات عامة. لذا من المفيد عقد مناقشات على المستوى المحلى بين الأباء والمختصين لمحاولة التعرف على العقبات المحلية الدقيقة والخاصة، وكيفية التغلب على هذه العقبات.

إن العديد من هذه العقبات سببه اتجاهات الناس الشخصية ونظام المعتقدات لديهم. وإنه لأمر خيالى أن نقترح ونظام المعتقدات لديهم. وأنه لأمر خيالى أن نقترح توازناً بين وعى الأباء من جهة، وبين اعتقاداتهم من جهة أخرى، وذلك بعد أن نصفهم بمصطلحات نمطية متكررة مثل : ماذا نتوقع من طفل جاء من عائلة كهذه ؟!.

بنـــاء جسور التعـــاون :

كيف يمكن تطوير علاقة العمل بين الأباء والمختصين ؟

كما هو شائع فى جميع الاقتراحات وفى المبدأ الذى يقــول بأنــه إذا أراد الأباء والمعلمون العمل معاً وبنجاح فى المستقبل أكثر مما تحقق فى الماضى، فإن عليهم معرفة بعضهم البعض كأشخاص أولاً، وثانياً من خـــلال أدوارهـــم كآبـــاء ومختصين. وبعبارة أخرى، من الضرورى فهم واكتشاف المعيقات التى يقيمـــها المجتمع ومؤسساته من جهة والأفراد أنفسهم من جهة أخرى. ويمكن بناء جســور التعاون وتطوير علاقة العمل بين الأباء والمختصين إذا ما توفرت الأمور التالية:

١- **توفير الحق بالمعرفة والحاجة إليها** : إن اهم مطلب للوالدين هو الحصـــول علـــى المعلومات. وغالباً ما تكون المعلومات من خلال أمـــاكن متخصصـــة فـــى تقديـــم المساعدة كالمراكز الصحية والمدارس، والمكتبات العامـــة، ومراكـــز المعلومـــات المحلية. ويمكن توفير الدعاية اللازمة للمعلومات ذات العلاقة من خـــلال نشـــرها بواسطة الزعماء المحليين المدنيين والجماعات الدينية والمنظمات الماليـــة ووســـائل الإعلام. وبنفس المقدار فإن المختصين بحاجة إلى الحصول على المعلومات التـــى تتعلق بحياة الطفل فى الأسرة والتى لا يمكن الحصول عليها إلا من خلال أعضـــاء الأسرة.

٢- **توفير الفرصة فى عمل صلات** : يمكن للأباء والمختصين معاً تنظيم إحـــداث ونشاطات اجتماعية أو ترفيهية، وبعيداً عن المدرسة والعمل، مثلاً يوم دراسى مفتوح أو عرض موسيقى، فكثيراً ما تتلاشى الفروق فى الحالة الاجتماعيـــة والدور بين الأباء والمعلمين عند قيامهم بهذه النشاطات، وفى هذه العملية تتاح الفرصة أكثر للأفراد لمعرفة بعضهم البعض ويبقون على طبيعتـــهم بشـــكل أكبر.

٣- مساهمة الوالدين في تدريب بدأوا يساهمون في التدريب الخاص بالمختصين، إلا أن ذلك ما زال يعتبر حدثاً نادراً، إن بمقدور الأباء التحدث مع مجموعة من المختصين في مرحلة التدريب، مثلاً الأطباء، الممرضات، ومختصى الصحة الآخرين، المعلمين، والباحثين الاجتماعيين والمدراء. كما يجب أن تتوفر الفرص للطلاب المختصين (في مرحلة التخصص الجامعي – المحرر) لمناقشة بعض القضايا مع الأباء في مجموعات صغيرة ولطرح الأسئلة.

٤- **حضور الآباء لاجتماعات ومؤتمرات المختصين** : يجب أن نفتح المؤتمرات وورش العمل التي يعقدها المختصون أبوابها أما الأباء الراغبين في حضور الاجتماعات مثلهم مثل أي مشاركين آخرين، فهذا سيوفر لهم مصادر جديدة للحصول على المعرفة.

٥- **حضور الاخصائيين لاجتماعات الآباء** : من المفيد أيضاً أن يدعو الأباء واحداً أو أكثر من المختصين لمقابلتهم في مواقعهم بدلاً من المدرسة أو العيادة. فعلى سبيل المثال على المعلم أو أخصائي النطق أو الأخصائي النفسي حول عمليم وحول التطور الذي حققوه في مجالهم.

٦- **مساهمة الأباء في صنع السياسات ذات العلاقة** : إذا كان ينظر للأباء على أنهم زبائن للخدمات المقدمة أو أنهم على الأقل ممثلين عن الزبائن الذين يتلقون هذه الخدمات فمن الميم أيضاً أن يكونوا ممثلين لصانعي السياسات المحلية والوطنية واللجان الاستشارية وفي بعض البلدان يحق للأباء أن ينتخبوا ممثلين عنيم في مجالس المدارس، والمعلمين وممثلين عن الطلاب.

وهناك اعتراض من قبل المختصين على وجود الأباء في مثل هذه المجالس، ويطرح المختصون عدة أسئلة مثل : من هم الأباء المناسبين الذين يمكن اختيارهم ؟ وهؤلاء الأباء يمثلون من ؟ وإلى من يرفعون تقاريرهم ؟ وهل سيهتمون فقط بحاجات المجموعة التي يمثلونها ؟

بعض هذه الاعتراضات يمكن أن تسرى أيضاً على المختصين الأعضاء فى المجالس، وفى الحقيقة وجود الآباء فى هذا المجال أمر جيد وضرورى وذلك لأنهم يتحدثون بلسان الزبائن الذين يتلقون هذه الخدمات. ومع ذلك فقد بدأ يزداد عدد الأفراد الذين يتحدثون بالنيابة عن أنفسهم، وهم الأفراد الذين يتلقون هذه الخدمات.

٧- **نشر الأمثلة الجيدة عن التعاون والتشارك :** الكثير من الآباء والمختصين فى العديد من البلدان بدأوا يعملون معاً ويتعلمون من بعضهم البعض. ولكن يجب نشر الأمثلة الجيدة عن التعاون والتشارك، أو الحديث فى الإذاعة والتليفزيون، ومقابلة جماعات محلية من المواطنين، ورجال الأعمال، وزعماء الدين، والسياسيين المحليين، ودعوتهم لمقابلة الأشخاص الذين يعملون معهم والذين يستخدمون هذه الخدمات. وبهذه الطريقة يمكن لهؤلاء الأشخاص معرفة الحاجة لهذه الخدمات واحتياجات الأشخاص الذين تقدم لهم هذه الخدمة وكذلك العاملين فيها.

الإعاقة السمعية :

وبالمقارنة بين الحواس الخمس وبالتجارب المعملية والملاحظات العملية، نضع السمع فى المرتبة الأولى، رغم الشائع عن نعمة الإبصار، وفى الذكر الحكيم آيات كثيرة لسبق السمع عن البصر.

قال تعالى : "إن السمع والبصر والفؤاد كل أولئك كان عنه مسئولاً"

(الإسراء آية ٣٦)

فبالسمع وحدة تعلمت البشرية قبل أن تعرف القراءة والكتابة، والأطفال يتعلمون بالسمع قبل أن تستطيع حواسهم الأخرى أن تقدم له شيئاً من المعرفة، وربما استطاع الإنسان أن يستغنى ولو بصعوبة عن اللمس والشم والتذوق،

ويمكنه أن يتخيل ما حوله دون أن يراه ولكن الطفل الذى يولد أصم أبكم، يظل طوال حياته فى عزلة عن الحياة، إلا إذا أتيحت له وسائل تعليمية تمكنه من إدراك اليسير مما يحيط به.

حاسة السمع :

وتتمثل فى جهاز السمع الدقيق الذى أنعم الله به على الإنسان وقد دلت الأبحاث أن حاسة السمع من أولى الحواس الذى يبدأ بها المولود الصغير اتصاله بالعالم الجديد.

وتعتبر حاسة السمع أهم وسيلة معروفة للاتصال بين بنى البشر وبين سائر المخلوقات، بحيث أن معظم المعلومات والمهارات التى يكسبها الإنسان تأتى عن طريق السمع، وتعمل الأذن كجهاز طبيعى لاستقبال الموجات السمعية.

وتعتبر إذن الإنسان أهم مستقبل للصوت واعميا جميعاً. فهى لها مدى واسع من الذبذبات والحاسية. ويمكن أن تميز الأذن بين النغمات الموسيقية التى تختلف الذبذبات بينها باقل من ١% وعلاوة على ذلك فإن لها القدرة على تحليل بعض الأصوات إلى مركبات (نغمات) الأصوات، كما يمكنها أن تركز على كل نغمة على حدة. وأكد العلماء عمل الأذن كجهاز استقبال ونقل للموجات السمعية، ولكل جزء من أجزاء الأذن الخارجية والوسطى والداخلية وظيفة خاصة تتعلق بالسمع ونقل هذه الموجات إلى الأعصاب حيث تتحول الموجات إلى طاقة كهروكميائية تنقل إلى الدماغ والمخ، حيث تفسر الموجات إلى أصوات وإلى معانى ومفاهيم تساعد الناس على التفاهم والتخاطبر.

وقد يكون لدى الأطفال ذو الإعاقة السمعية صعوبة فى السمع سواء بأذن واحدة أو فى كلا الأذنين أو قد لا يسمعون على الاطلاق وقد استخدم المتخصصون والأفراد العاديون العديد من المصطلحات مثل مصطلح الصعوبة فى السمع، صم، صم، وبكم، الأصم، الصمم الجزئى.

واستخدمت معظم هذه المصطلحات للتميز به من يعـــانون مـــن الإعاقـــة السمعية وغيرهم. وعادة يشير مصطلح الأصم إلى الشخص الذى كان يسمع فيمـــا سبق وتدهورت لديه اللغة والحديث ثم أصبح بعد ذلك أصما. ومثل هؤلاء يكـــون رد فعلهم فى مجال التعليم والاتصال مختلف تماماً عن غيرهم الذين ولدوا صمـــا ولم يتعلموا مطلقاً الكلام أو الاتصال لفظياً.

تعريف الطفـــل الأصـــم :

وعرفه "وليام" (Williams 1992) كالآتى :

١- **الطفل الأصم** هو الطفل الذى ولد يسمع قليل أو لا يسمع عـــى الاطـــلاق. أو هـــو الذى يعانى من فقدان مبكر للسمع فى فترة الطفولة قبل اكتســـاب اللغـــة والحـــوار ونجد أن ردود أفعاله فى مجال التعليم والاتصال يختلف عن الشخص الـــذى ولـــد اصم. أو هو الشخص الذى ولد يسمع طبيعى ووصل إلى السن الذى يستطيع فيـــه انتاج وفهم الحوار ثم فقده فجأة.

٢- **ضعاف السمع : The Hard of Hearing**

أولئك الذين انخفضت قدرتهم على السمع سواء منذ الميلاد أو أصيب بـــها الطفل في أى وقت أثناء الحياة.

وقد خطت مصر خطوات واسعة فى رعاية وتعليم الطفل الأصم، فأنشـــأت لهم معاهد خاصة كما أنشأت لهم عاهد للتدريب والتوجيه المهنى ومن أشهر هـــذه المعاهد (معهد الأمل) فى كل محافظة من محافظات جمهورية مصـــر العربيـــة، وإلا الآن هذه المعاهد فى حاجة إلى المزيد منها حتى نســـتطيع أن نعلـــم جميـــع الأطفال الصم في جمهورية مصر العربية. وهذه الجهود الكثيرة التى تبذلها الدولة تحتاج إلى فريد من التخصص فى هذا الميدان مع الاستعانة بالوسائل الحديثة فـــى تعليم هذه الفئة من الأطفال كى يتحقق مبدأ تكافؤ الفحص لجميع الأطفال العـــاديين منهم وغير العاديين.

ويعرف الطفل الأصم طبياً على أنه ذلك الطفل الذى حرم من حاسة السمع منذ ولادته. أو هو الذى فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو هو الذى فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة (محمد على كامل ١٩٩٦).

ويذكر مختار حمزة (١٩٧٩) وجود اصطلاحات كثيرة صيغت فى هذا المجال لتفى بمختلف الأغراض والاتجاهات فهناك تعبيرات كثيرة مثل:

- أصم وهم الذين لا ينتفعون بحاسة سمعهم لأغراض الحياة العادية وهم فئات مختلفة :
  - أصم وأبكم.
  - أصم وأبكم وفاقد احدى العينين.
  - أصم وأبكم وضعيف القوى الفعلية.
  - أصم وأبكم وضعيف القوى العقلية وفاقد احدى العينين.
  - أصم وأبكم وفاقد البصر.
  - أصم وأبكم وفاقد البصر وضعف القوى العقلية.

وهناك تعبيرات أخرى مثل :

- أصم.
- أصم وأبكم.
- أبكم وشبه أصم.
- شبه أبكم أصيب بالصمم.
- ذو سمع جزئى.
- ثقيل السمع .. الخ.

ونتيجة لهذا التباين فى التعبيرات يجد الاخصائيون والدارسون أنفسهم فى حيرة وغموض.

ويمكن تصنيف المصابين بعاهات سمعية إلى ثلاث فئات هى :

١- الصم.　　　٢- ثقيل السمع.　　　٣- السمع الجزئى.

وينبعث الفرق بين هذه الفئات فى اعتبارين :

١- السن عند حصول العاهة السمعية.

٢- مدى فقدان السمع.

أولاً : وإذا كان مقدار فقدان السمع خسارة طفيفة حوالى ١% من قوة السمع فلا تؤثر بدرجة كبيرة على نمو الفرد من الناحية النفسية والتعليمية.

ثانياً : إذا كانت نسبة فقد السمع ٢٥ـ ٣٠% فإن المشاكل تكون كثيرة لدرجة أنها تؤثر على العلاقة بين الفرد وبيئته وفى هذه الحالة يمكن استخدام السماعات أو وسائل خاصة لتقوية علاقة الطفل ببيئته.

ثالثاً : إذا كانت نسبة فقد السمع ٥٠% فإن الروابط السمعية بين الفرد وبيئته تتأثر تأثيراً كبيراً وتختل بدرجة كبيرة إذا يحتمل أن ينعدم التفهم السمعى للألفاظ والأفكار والأصوات اليومية المادية وإذا لم تنعدم فهى على الأقل تتشوه بشكل خطير.

رابعاً : أما إذا حصل فقدان ملحوظ فى السمع فى الطفولة المبكرة، حيث حصل الطفل فيها على قدر من تفهم بعض التجارب العادية المتعلقة باللغة والكلام وهذه تعتبر ميزة ليست عند الطفل الذى ولد أصم أما الذين اصيبوا بالصمم فى وقت متأخر من العمر كما يحدث نتيجة إصابات مفاجئة أو أمراض أو نتيجة كوارس طبيعية أو حروب وغير ذلك فيكون الفرق كبيراً جداً فى التقدم التعليمى والنفسى.

تابع جدول رقم (٢)

يوضح درجة فئة السمع في الحاجات التربوية والتعليمية اللازمة

فئات السمع متوسط الاهتزازات في أفضل أذن	تأثير فقدان السمع على فهم اللغة والكلام	الحاجات التربوية والبرامج التعليمية التي تناسب هذه الإعاقة
٥- فقدان سمعي حاد Extreme بين ٩١ ديسبل (ISO) dB فاكثر	. ربما يستطيع سماع صوت عالي لكنه يشعر بالذبذبات ولا يستطيع تفسير النغمات أو التيارات الصوتية . يعتمد على حاسة البعد في الاتصال بالآخرين اكثر من السمع. . يعاني من عيوب في الكلام واللغة مع القابلية للتفاهم	. يجب إلحاق الطفل بمدارس التربية الخاصة للمتابعة التربوية المناسبة للاعاقة. . يحتاج إلي برنامج مكثف للصم إلي ما يزيد عن ثماني ساعات يومية مع التركيز على المهارات اللغوية. . الحاجة إلي التدريب على قراءة الشفاه والحديث. . تحتاج البرامج التعليمية المقدمة لهم إلي مشرفين متخصصين وخدمات تدعيمية . يحتاج إلي تدريب سمعي مستمر بالوسائل السمعية الفردية والجماعية. . التقييم المستمر للحاجات المتعلقة بإعاقته معتمدين على الاتصال الشفهي واليدوي. . يحتاج إلي تدريب سماعي مع المجموعات مع استخدام الوسائل السمعية الفردية الخاصة به. . يمكن إلحاق الطفل بالفصول العادية لمدة أربع ساعات يومياً مع اختبار الأطفال بعناية الذين سوف يتعامل معهم بدقة وحذر.

ثالثاً : التصنيف الطبى : (القريطى ١٩٩٦)

يعتمد هذا التصنيف على التشخيص الطبى تبعاً لإصابات الجهاز السمعى كالآتى :

١- صمم مركزى Central.

أى يصيب المركز السمعى فى المخ بحيث لا يمكن الفرد من تمييز المؤثرات السمعية أو تفسيرها وهذه الحالة يصعب علاجها.

٢- صمم حسى – عصبى (Semsorimeural) Kirk 1972 p. 250

وهذا النوع ينتج عن إصابة أو تلف العصب السمعى الموصل للمخ فى الأذن الداخلية وقد تصل نسبة الفقد فى السمع إلى ٦٠، ٧٠ ديسبل مما يعيق وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مهما بلغت شدتها أو وصولها محرفة وبالتالى عدم تفسيرها عن طريق المركز العصبى السمعى وقد تكون سبب الإصابة من إصابة الطفل قبل أو بعد الولادة ببعض الحميات الفيروسية والميكروبية. أو استخدام بعض العقاقير الضارة بالسمع.

وقد يكون هذا النوع وراثياً أو خلقياً نتيجة إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو الحميات الفيروسية أثناء الحمل. أو إصابة الطفل بالحمى أو تعرض قوقعة الأذن للكسر أو تعرض الأذن لأصوات عالية بصورة فجائية ويصعب علاج هذا النوع نظراً لتلف الألياف الحسية والعصبية.

٣- صمم توصلى Conductive

ينتج من إصابة الأجزاء الموصلة للسمع بالأذن الوسطى (كالمطرقة أو السندان أو الركاب) إلى الأذن الداخلية وبالتالى عدم وصولها إلى المخ.

وقد يكون سبب ذلك هو حدوث ثقب فى طبلة الأذن أو قد ينتج عن وجود التهابات صديدية أو أورام فى الأذن الوسطى أو تيبس عظيماتها، أو تكدس المادة

جدول رقم (١)

يوضح درجة الإعاقة السمعية والتدريب المناسب لها طبقا لما لديهم من قدرات تساعدهم على التدريب

متوسط سرعة الاهتزازات	تاثير فقد السمع على فهم اللغة والكلام	الاحتياجات التربوية للمساعدة والتدريب
١- فقدان سمعي خفيف Mild تتراوح درجته بين ٢٠ إلى ٣٠ ديسبل dB (ISO)	يوجد قصور فقد السمع على فهم اللغة والكلام	يمكنهم تعلم اللغة والكلام عن طريق الأذن في الفصول العادية
٢- فقدان سمعي هامشي Marginil تتراوح درجته بين ٣٠ إلى ٤٠ ديسبل dB (ISO)	يعانون من بعض الصعوبات في سماع الكلام ومتابعة ما يدور حولهم من أحاديث عادية	يمكنهم الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة بالصوت العالي والتكرار
٣- فقدان سمعي متوسط Moderae وتتراوح درجته من ٤٠ إلى ٦٠ ديسبل dB (ISO)	توجد صعوبات كثيرة في الاعتماد على السماع بالأذن أثناء تعلم اللغة ويتابعون ما يدور حولهم من أحاديث عادية معتمدين على حاسة البصر كوسيلة ومساعدة	يمكنهم الاعتماد على البصر كوسيلة مساعدة مؤقتة. ويفضلون استخدام المعينات السمعية Hearing Aids المكبرة للصوت كالسماعات مثلاً مع بعض التدريبات السمعية اللازمة لذلك
٤- فقدان سمعي شديد Sever وتتراوح درجته بين ٦٠ إلى ٧٥ ديسبل dB (ISO)	توجد صعوبات بالغة في تمييز الأصوات حتى من مسافة قريبة . مع عيوب في النطق	يحتاجون إلي تدريبات خاصة على الكلام وتعلم مع استخدام المعينات السمعية والبصرية بصورة مكثفة.
٥- فقدان سمعي عميق Profound وتتراوح درجته من ٧٥ ديسبل فاكثر dB (ISO)	لا يميزون الأصوات ويعيشون في صمت دائم وعالم غريب باردا قاحلاً من أى معنى ولا يتمتع بالاتصال بالبيئة المحيطة به.	لا يستطيعون تعلم اللغة، وعدم فهم الكلام سواء بالاعتماد على آذانهم أو حتى استخدام المعينات السمعية

ثانياً: التصنيف التربوى:

فى أغلب المدارس، نجد بين وقت وآخر وفى فرق مختلفة أن هناك من بين التلاميذ من لا يستطيع أن يسمع جملة كاملة إلا إذا خوطب بصوت مرتفع غير مألوف. وكثيراً ما يمكث هؤلاء التلاميذ فى الفصول العادية دون أن يلتفت إليهم أحد، وهم فى أكثر الوقت لا يفعلون شيئاً يذكر، ولا يلتفون إلى ما يقال، يقضون أوقاتهم فى الكتابة أحياناً أو فى الرسم أحيانا أخرى ويعلل المدرس ذلك بأن أمثال هؤلاء التلاميذ من طبقة ضعاف العقول أو الأغبياء الذين يتعذر عليهم متابعة الدرس.

وهذه الفئة ميزها التربويين على أنها فئة ثقيلو السمع (The Hard Hearing) وأن معظم أفراد هذه الفئة بإمكانهم استيعاب المناهج التعليمية تحت درجة فقد سمع يتراوح ما بين ٣٠ ديسبل وأقل من ٧٠ ديسبل.

وتوجد فئة أخرى تعانى نقصاً كاملاً فى المقدرة السمعية، وتسمى بفئة الصم Deaf ويتعذر عليهم الاشتراك فى المجتمع، ويعانون من عجز سمعى أكثر من ٧٠ ديسبل ولا يستطيعون الاستفادة من حاسة السمع، ولا يستطيعون اكتساب اللغة بالطريقة العادية وبالتالى يعجزون عن التعامل بفاعلية فى مواقف الحياة الاجتماعية حتى مع استخدام معنيات سمعية مكبرة للصوت ويحتاج تعليمهم إلى تدريبات خاصة نظراً لفقدانهم جزء كبير من سمعهم والجدول التالى يوضح التصنيف التربوى لفئات فقدان السمع ودرجة الفقدان والاحتياجات والبرامج التربوية والتعليمية اللازمة لكل فئة طبقاً لدراسة تصنيفية لوكالة إلينويز للأطفال عام (١٩٦٨ـ Kirk 1972).

- *Compiled study in IIIinois Commission on Children 1968 p. 19.*

جدول رقم (٢)

يوضح درجة فئة السمع فى الحاجات التربوية والتعليمية اللازمة

فئات السمع متوسط الاهتزازات فى أفضل أذن	تأثير فقدان السمع على فهم اللغة والكلام	الحاجات التربوية والبرامج التعليمية التى تناسب هذه الإعاقة
١- فقدان سمعى خفيف Slight ما بين ٢٧ إلي ٤٠ ديسبل dB (ISO)	. ضعف فى السمع وخاصة من مكان بعيد. . صعوبات فى فهم اللغة والموضوعات الأدبية.	. يجب أن يلحق الطفل فى مدرسة خاصة بالإعاقة. . يمكن الاستفادة من الوسائل السمعية (السماعات) كلما اقتربت درجة فقدان السمع من ٤٠ ديسبل dB بنمو اللغة ومعانى المفردات. . يحتاج إلي الجلوس فى أماكن مميزة فى الفصل ومتوفر فيها الاضاءة الكافية. . وربما يحتاج إلي برنامج علاجى لعيوب الكلام.
٢- فقدان سمعى متوسط Mild ما بين ٤١ إلي ٥٥ ديسبل dB (ISO)	. يستطيع الطفل فهم المحادثات الكلامية من مسافة ٥.٣ قدم بشرط مواجهة المتحدث وجها لوجه. . يعانى الطفل من عدم فهم ٥٠٪ مما يدور فى النقاش إذا كان الصوت منخفض أو بعيدا على مواجهة المتحدث وجها لوجه. . ربما يظهر كلمات محدودة ومعانى غير معتادة للمفردات.	. يجب إلحاق الطفل بمدارس التربية الخاصة للمتابعة التربوية اللازمة والمناسبة لاعاقته. . يحتاج إلي تدريب وتقييم لاستخدامه الوسائل السمعية الفردية (السماعات). . وضع الطفل فى فصول خاصة بالمعوقين سمعياً وخاصة إذا كان فى المرحلة الابتدائية مع توفير المكان المناسب له فى الفصل كلما أمكن. . الاهتمام بتدريبه على قراءة الشفاه. . مزيد من الاهتمام بمعانى الكلمات والقراءة. . تشجيع المحادثة الكلامية وتصحيحها إذا وجدت عيوب بالنطق.

تابع جدول رقم (٢)

يوضح درجة فئة السمع في الحاجات التربوية والتعليمية اللازمة

فئات السمع متوسط الاهتزازات في أفضل أذن	تأثير فقدان السمع على فهم اللغة والكلام	الحاجات التربوية والبرامج التعليمية التي تناسب هذه الإعاقة
٣- فقدان سمعي ملحوظ أو واضح Marked ما بين ٥٦ - ٧٠ ديسبل dB (ISO)	. يجب أن تكون المحادثات والمناقشات بصوت عالي حتى يتمكن الطفل من فهمها. . تزيد صعوبات عدم الفهم في المناقشات الجماعية. . لديه عيوب في الكلام أثناء الحديث . لديه قصور في اللغة مما يحد من فهم واستيعاب معاني الكلمات.	. يجب إلحاق الطفل بمدارس التربية الخاصة للمتابعة التربوية اللازمة والمناسبة لاعاقته. . يحتاج إلى مدرس تربية خاصة Resource Teacher في الاعاقة السمعية أو التحاقه بالفصول الخاصة بالإعاقة السمعية. . مع مساعدات خاصة في تعلم مهارات اللغة ونمو المفردات أو المعاني الخاصة بالقراءة والكتابة وقواعد اللغة .. الخ. . يحتاج إلى تدريب سماعي وتقويمي لاستخدام الوسائل السمعية الفردية. . التدريب على قراءة الشفاه والتدريب على المحادثات والمناقشات الكلامية مع تصحيح عيوب النطق والكلام. . يحتاج إلى متابعة واهتمام للحالة السمعية والبصرية في كل وقت.
٤- فقدان سمعي شديد Severe ما بين ٧١ إلى ٩٠ ديسبل dB (ISO)	. يمكنه سماع الصوت العالي من مسافة قدم واحد من الأذن. . ربما يستطيع التعرف على الأصوات البيئة. . ربما يستطيع تمييز الأصوات ولكن ليس التي بها حروف ساكنه أو كل ما ليس به حرف علة. . يعاني من عيوب في الحديث واللغة مع قابليتها للتفاقم أو سرعة التلف.	يجب إلحاق الطفل بمدارس التربية الخاصة للمتابعة التربوية المناسبة لاعاقته. . يحتاج إلى برنامج مكثف للصم إلى ما يزيد عن ثماني ساعات يوميه مع التركيز على المهارات اللغوية. . يحتاج إلى التدريب على قراءة الشفاه والحديث. . تحتاج البرامج التعليمية المقدمة لهم إلى مشرفين متخصصين وخدمات تدعيمية. . تستخدم الوسائل السمعية الفردية للتقويم المستمر. . يحتاج إلى تدريب سمعي بالوسائل السمعية الفردية والجماعية. . يمكن إلحاق الطفل في الفصول العادية لمدة أربع ساعات يوميا بالمدرسة

ويوجد تعريفات أخرى للإعاقة السمعية اقترحته إحدى المؤتمـرات التـى انعقدت لمدارس الصم فى امريكا حيث كان كالآتى :

١- الصم الخلقى The congenitally الذين ولدوا صماً.

٢- الصم العارض The adventitiously الذين ولدوا بحاسة سمع عادة ولكنهم اصيبوا بالصم فى احدى مراحل حياتهم نتيجة لمرض أو حادث.

ـ ويعرف مصطفى فهمى (١٩٨٥) الأطفال الذين لديهم قصور سمعى كالآتى :

١- الأصـم : هو الطفل الذى يعاني عجزاً أو اختلالاً يحول دون استفادته من حاسـة السمع لأنها معطلة لديه، ويتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهمـه الكـلام المسموع ومن ثم فهو يعجز عن اكتساب اللغة بالطريقة العادية.

٢- ضعيف السمع فهو الطفل الذى بإمكانه أن يستجيب للكلام المسموع اسـتجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله شريعة أن يقع مصدر الصوت فـى حـدود مقدرته السمعية.

تصنيـف الإعاقـة السمعيـة

يتركز تصنيف الإعاقة السمعية على وجهات نظر متعددة أهمها :

١- وجهة النظر الفسيولوجية وهى تستند فى التصنيف علـى الأسـاس الكمـى للإعاقة وتتحدد فيها درجة الفقدان السمعى بوحدات صوتية تسـمى الديسـبل Decible dB (ISO) المقننة.

- **International Standard Organization (I90) Dvisx Karamtz (1964)**

٢- وجه النظر التربوية وهى تستند فى التصنيف على الأساس الوظيفى للإعاقة من حيث مدى تأثيرها على فهم الكلام، واستعدادات الطفل لتعلم اللغة والكلام، ومدى ما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية خاصة.

٣- وجهة النظر الطبية وهى تستند فى التصنيف على أساس التشخيص الطبى وعلى طبيعة الحال الذى قد يصيب الجهاز السمعى.

أولاً : التصنيف الفسيولوجى :

هناك مجال للسمع يتراوح بين حد أدنى وحد أقصى، وإذا تجاوز الصوت هذين الحدين فإن حساسية الأذن تكاد تنعدم، وهناك أذن حد أدنى للسمع كما أن هناك حد أقصى بحيث أن الصوت إذا زادت شدته عن مقدار معين فإنه يصبح مؤذياً ومزعجاً مما يجعل الناس يصمون آذانهم، وهناك ما يسمى عتبة الألم Pain there shold بالنسبة للإدراك السمعى (Auditory perception) وهذه الحدود فى طاقة السمع تظهر عندما يتعود الإنسان على سماع الأصوات الشديدة القوية وخاصة إذا كان الفرد يعمل فى المصانع التى يكثر فيها الضوضاء، وفى مثل هذه الحالة فإن المدى بين الحد الأدنى والحد الأقصى، يزداد بفعل المران والتدريب إلى أن يبلغ عتبة التحمل.

ويركز الفسيولوجيون فى تصنيفهم للإعاقة السمعية على درجة الفقدان السمعى. وتوجد مقاييس سمعية لتحديد عتبة السمع وبالتالى يمكن تحديد ونوعية الإعاقة السمعية.

والوحدات المستخدمة فى هذه المقاييس هى الديسبل (dB) Perception والهيرتز (Hertz) أو ترددات الصوت والشدة واللحن لقياس مدى حساسية الأذن للصوت وقامت رابطة للأطفال (III imois commission on children (1968) بتصنيف فقدان السمع كالآتى :

الشمعية الدهنية بكثافة فى قناة الأذن الخارجية. وقد يكون القصور السمعى فى هذا النوع بسيطاً أو متوسط قد يصل إلى نسبة فقد للسمع أكثر من ٤٠ ديسبل ويمكن علاج هذا النوع عن طريق الجراحة أو استخدام المضادات الحيوية تحت إشراف طبيب متخصص وقد تفيد الوسائل السمعية المعنية كالسماعات المبكرة فى علاج هذا النوع من الصمم.

٤- صمم مختلط أو مركب Mixed

وهو عبارة عن تداخل فى الأسباب والأعراض بين الصمم التوصيلى والصمم الحسى. ولذلك يصعب علاجه وخاصة النوع الحسى العصبى.

٥- صمم هستيرى Hysterical

ينتج من التعرض لضغوط انفعالية شديدة وصدمات غير طبيعية Hallahan & Kauffnan 1980.

أسباب الإعاقة السمعية :

تتعدد العوامل والأسباب التى ينشأ عنها ضعف القدرة السمعية، وهذه الأسباب تختلف باختلاف مكان الإصابة فى الأذن الخارجية ــ الأذن الوسطى ــ الأذن الداخلية فى الجهاز السمعى نفسه أو زمن الإصابة (قبل الميلاد ــ أثناء الميلاد ــ بعد الميلاد) أو تراجع إلى عوامل وراثية. أو أسباب أخرى عرضية.

أولاً : الأسباب الوراثية :

تحدث الإعاقة السمعية نتيجة انتقال الصفات الوراثية من الوالدين إلى الأبناء عن طريق الكروموسومات الحاملة لهذه الصفات ومنها ضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعى، ومرض ضمور العصب السمعى ومرض تصلب عظيمة الركاب لدى الكبار ويقوى احتمال ظهور هذه الحالات فى زواج الأقارب

ممن يحملون هذه الصفات، وتظهر الإعاقة السمعية منذ الميلاد. وتسمى الصمم الولادى أو الصمم الخلقى الذى يصاب به الطفل فى سن مبكرة وينشأ نتيجة إصابة الأذن الداخلية ـ وخاصة عصب السمع ويسبب أيضاً الصمم العصبى Nerve dearness الذى ينشأ عن وجود عيب فى أعصاب السمع أو أعضاء أخرى متعلقة بإدراك الأصوات وتمييزها الذى ينتج عن خطأ فى النمو.

ثانياً : أسباب بيئية تتصل بمكان الإصابة :

١ـ أسباب تتصل بالأذن الخارجية :

تحدث فى بعض الحالات أن تفرز الغدد مادة شمعية فإذا كثرت هذه المادة أدت إلى سد القناة السمعية ويترتب على ذلك أن يصبح السمع ثقيلاً أو يحدث تشوهات فى صيوان الأذن الخارجية.

٢ـ أسباب تتصل بالأذن الوسطى :

يحدث فى بعض الحالات انسداد قناة استاكيوس عند إصابة الفرد بالبرد الشديد أو الذكاء. وينتج عن ذلك أن يكون الضغط الخارجى على طبلة الأذن شديداً، وهناك لا تهتز الطبلة عند وصول إليها ومن ثم لا تستطيع أن تؤدى وظيفتها. وهذه الأسباب يمكن أن تؤدى إلى ثقل السمع إلا أنه بجانب ذلك توجد أسباب ثابتة ذات أساس عضوى، وتؤدى إلى نقص القدرة السمعية.

٣ـ أسباب تتصل بالأذن الداخلية :

ويحدث هذا فى بعض الأحيان وخاصة عند إصابة عصب السمع بأمراض تتلفها وتعطل عملها :

ثالثاً : أسباب تتصل بزمن الإصابـــة :

١ـ أسباب تؤثر في القدرة السمعية قبل الولادة :

أ- إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض :

تحدث إذا تعرضت الأم أثناء فترة الحمل وخاصة في الشهور الأولى من الحمل بأمراض فيروسية مثل الحصبة الألماني أو الزهري أو الانفلونزا الحادة، الالتهاب السحائي ـ حمى التيفويد ـ الحمى القرمزية أو سكر الحمل.

ب- استخدام العقاقير أثناء الحمل :

تحدث الإصابة عند تعاطي الأم أثناء فترة الحمل قبل عقاقير الروماتيزم أو الانفلونزا كالأسبرين وغيره من أنواع المسكنات أو بعض المضادات الحيوية أو العقاقير المهدئة ـ أو بعض أنواع المخدرات أو بعض العقاقير التي تعطى لفرص إسقاط الجنين مما يؤثر على خلايا السمع.

٢ـ أسباب تؤثر في القدرة السمعية أثناء الولادة :

وترجع إلى ظروف عملية الولادة إما داخل الرحم أو أثناء الولادة فمنها :

١- الولادات العسرة الطويلة حيث يتعرض فيها الجنين لنقص الأوكسجين مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية وإصابته بالصمم.

٢- الولادة المبكرة قبل اكتمال الجنين لسبعة أشهر على الأقل في رحم الأم مما يعرضه للإصابة ببعض الأمراض نتيجة عدم اكتمال نموه ونقص المناعة لديه.

٣- استخدام بعض أجهزة الجراحة الحادة التي قد تؤثر أحياناً على بعض مناطق في المخ مما تصيب الجنين بالصمم ونقص في المستوى العقلي.

٣- أسباب تؤثر فى القدرة السمعية بعد الولادة :

وتنشأ من تعرض الطفل فى سنواته الأولى لبعض الظروف البيئية السيئة التى تؤدى إلى ما يسمى بالصمم المكتسب وهذه الأسباب كالآتى :

١- إصابة الطفل ببعض الأمراض الفيروسية كالحمى المخية الشوكية أو الالتهاب السحائى الحصبة ومضاعفاتها وحمى التيفويد والانفلونزا والحمى القرمزية والدفتريا أو أورام الأذن الوسطى.

٢- إصابة الطفل نتيجة دخول أشياء غريبة داخل الأذن مثل دخول بعض الحشرات كالنمل داخل الأذن أو بعض أنواع الخرز أو الحصى والرمل أو المياه الملوثة من حمامات السباحة أو السباحة فى مياه ملوثة.

٣- تعرض الطفل إلى الحوادث أو الضوضاء.

ويحدث أحياناً إصابة طبلة الأذن الخارجية بثقب أو حدوث نزيف فى الأذن نتيجة آلة حادة أو ضربة شديدة على الأذن أو التعرض لبعض حوادث السيارات أو السقوط من أماكن مرتفعة أو التعرض أثناء اللعب إلى صوت عالى جداً بطريقة فجائية أو التعرض لضوضاء بعض الورش أو المصانع أو المطارات أو ميادين القتال وغيرها.

رابعاً : أسباب أخرى عرضية :

١- قد يكون الصمم عرضا من الأعراض المصاحبة لفصام الطفولة المبكرة وفى تلك الحالة لا يتكلم المريض لأنه يلح فى إنعزاله التام عن المجتمع لأنه لم يعد يجد ضرورة للاتصال بتغير عن طريق التعبير بالكلام ولا بأية وسيلة أخرى.

٢- قد يكون الصمم أو فقدان الكلام مؤقت فى بعض الأحيان وهو يعتبر عرضاً من أعراض "الهستيريا" فقد يفقد الأطفال الهستيريون صوتهم ويصبحون صماً لأسابيع أو شهور تحت ضغط الصراعات الانفعالية الشديدة.

٣- وقد تصادف الصمم رغم التمتع بقدرة سمعية طبية لدى المعتوهين الذين لم يصل نموهم اللغوى إلى مرحلة أبعد من مرحلة المناغاة والصياح وقدراتهم على الإدراك لا تفوق كثيراً قدرتهم على التعبير باللغة.

اكتشاف الاعاقة السمعية وتشخيصها

يستحسن التبكير فى اكتشاف وتقدير مدى فقدان السمع حتى يمكن تقدير احتياجات الطفل التعليمية فى وقت مبكر وبالتالى رسم مسلك حياته المستقبلية والشئ الذى يتحتم معرفته عن سمع شخص ما هو إمكانية متابعة الحديث العادى، ومدى كفاية سمعة للأغراض الاجتماعية.

والشخص الذى يشكو ضعفا فى سمعه يستطيع أن يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل على ادراكه لما يدور حوله، بشرط أن يقع مصدر الصوت فى حدود قدرته السمعية ونجد أن ضعاف السمع يعانون نقصاً فى قدرتهم السمعية ويكون هذا النقص غاليا على درجات أما الأصم يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهم الكلام المسموع. ومعنى هذا أن الشخص الأصم يعانى عجزاً أو اخلالاً يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع فهى معطلة لديه (مصطفى فهمى ١٩٧٥).

وتوجد بعض المظاهر السلوكية التى تكشف عن وجود اعاقة سمعية لدى الأطفال هى :

١- عند توقيع الكشف الطبى على الطفل نجد اعاقات سمعية وتشوهات خلقية فى الأذن الخارجية أو الداخلية تعوق السمع.

٢- من متابعة السجل التاريخى عن حالته الصحية نجد أثر للعوامل الوراثية فى تاريخ الطفل وأسرته.

٣-شكوى الطفل المتكررة من وجود آلام فى الأذن مع افرازات صديدية من الأذن.

٤- عند تعرض الطفل لاختبارات التجاوب نجد عدم استجابة الطفل للصوت العادى أو حتى الضوضاء الشديدة وهذه تتأثر إلى حد ما باستعدادات الطفل وكفاءته وقابليته على التعاون وتعتمد أيضاً على خبرة الممتحن مع حضور اخصائى النطق والكلام وعلماء النفس والأعصاب للحصول على ملاحظات مفيدة فى التشخيص.

٥- عزوف الطفل عن تقليد الأصوات.

٦- نلاحظ كثرة سرحان الطفل والبطء الواضح فى الأنشطة المدرسية ونمو الكلام.

٧- عدم قدرة الطفل على تمييز الأصوات أو فهم التعليمات وعدم الاستجابة لها.

٨- عدم اندماج الطفل مع زملائه لمعاناته من بعض عيوب فى النطق والكلام.

٩- قد يتحدث بصوت أعلى مما يتطلبه الموقف.

١٠- يقترب الطفل فى الفصل من المدرس بشكل غير عادى أو من التليفزيون لمجرد السمع.

١١- عدم تجاوب الطفل انفعاليا مع الحديث الموجه له من الآخرين.

١٢- يميل برأسه تجاه مصدر الصوت مع وضع يده على أذنه بغرض السمع مع التطلع بطريقة ملفته إلى وجه المتحدث أثناء الكلام (Kirk & Gallagher 1983).

وعند التشخيص قد يحدث تداخل مع بعض الاعاقات الأخرى كالتخلف العقلى، أو الاضطرابات الانفعالية وهذا يرجع إلى عيوب جهاز النطق، أو إلى عوامل تتعلق بنقصان الدافعية للتعليم لدى الطفل، أو بأساليب التنشئة الوالدية، أو

قد يكون راجعاً للتقيد البيئى والحرمان الثقافى المفروض عليه. مما يتطلب الدقـــة فى صحة احتمال وجود قصور سمعي لدى الطفل عن طريق جهاز قياس الســمع فى ضوء الحالة الصحية والاجتماعية والمقدرة العقلية والسلوك العام للطفل.

أما الأطفال الذى أصيبوا بالصم بعد تعلمهم الكلام لا يكون التشخيص معقد إذ يمكن للطفل أن يصف عليه أو يتعامل مع إجراءات قياس سمعه.

خصائص الشخصية والتوافق النفسى الاجتماعى للمعوقين سمعيـاً

قياس الشخصية عملية معقدة جداً سواء كان ذلك خاصاً بالمعوقين ســمعياً أو من يسمعون، حيث أن الشخصية عبارة عن تنظيم كل لمجموعة كبــيرة مــن العوامل أو القوى الديناميكية والتى يصعب قياسها أو تحديدها بواســطة اختبــار واحد. ولهذا فإن معظم ما اصطلح عليه باختبارات الشخصية يقتصر فى الواقـــع على قياس بعض مكوناتها فقط مثل الحالة المزاجية، أو بعض المظاهر الخاصـــة التى تدل على انبساط أو انطواء أو سمات خلقية نوعية .. الخ. تلك هـــى الحــال فيما يختص بالدراسات المقننة لشخصية العاديين والصم أيضاً. وبناء علـــى ذلــك فالأبحاث التى أجريت عن شخصية الصم تعبر بصفة خاصة عن نواحى مختـــارة للشخصية، واختلفت الدراسات المعينة بشخصية المعوقين ســـمعياً فـــى بدايتـــها، فهناك من ينادى بأن الصم يعيشون فى عالم كثرته من السامعين فيجب اختبـــارهم وقياس شخصيتهم بالاختبارات الخاصة بمـــن يسـمعون. وهنـــاك فريـــق آخــر يعترضون على الافتراض الحائر أن بعض السمات المرتبطـــة بسـلوك الفــرد وبتكيفه والتى تنبئ بالنمو الطبيعى بين من يسمعون هى نفس السمات التى تظــهر فى حالة الصم.

ويشير القياس بعض ذوى الاعاقات المختلفة الكثير من التســاؤلات حــول كيفية القياس ومدى صلاحية استخدام مقاييس واختبارات العـــاديين علـــى هــذه

الفئات، وخاصة فئة الصمم والمكفوفين والصمم بصفة خاصة كإعاقة تسبب عجزاً فى النمو اللغوى، والأطفال الصمم هم عادة معوقون فى الاختبارات والمقاييس اللفظية، حتى حينما يقدم المحتوى اللغوى بصرياً، وأوضح ساتلر (Sattler) أنه يمكن استخدام الاختبارات اللفظية مع الصم إذا كانت الأسئلة استخدام الاختبارات اللفظية مع الصم إذا كانت الأسئلة الشفوية مصنفة فى بطاقات مع مراعاة أن يوضع لها اجراءات مختلفة للاتصال فى تعليمات الاختبار ومع ذلك فإنه لا يفترض أن الثبات والصدق والمعايير تظل بلا تغيير.

ومن هنا قد استخدمت بعض الدراسات استمارة الشخصية لثرستون للكشف من الخصائص الشخصية لدى الصم. كما استخدم ليفنج (Leving 1981 p.20) مقياس الزور شاخ لقياس اضطرابات الشخصية والتوافق النفسى الاجتماعى.

ولذلك أشارت دراسة ألبرت عن إمكانية تطبيق اختبار الشخصية على الأطفال الصم وضعاف السمع (Kline 1981, p.37) الذى هو أصل اختبار الشخصية يعطيه هنا حيث يشتمل الجانب النفسى من الاختيار على أبعاد للتوافق النفسى مثل اعتماد الطفل على نفسه، وبعد إحساس الطفل بقيمته، وبعد شعور الطفل بحريته، وبعد شعور الطفل بالانتماء، وبعد التحرر من الميل إلى الانفراد، وبعد الخلو من الأعراض المصاحبة.

ويقصد بالتوافق النفسى والاجتماعى للمعاق هو درجة توافق المعاق مع نفسه ودرجة توافقه الشخصى تجاه اعاقته. أما التوافق الاجتماعى فيعنى درجة توافقه مع أقرانه من الزملاء ومع المجتمع الخارجى.

ويمكن استخدام مقياس الشخصية ديلوبى لقياس التوافق النفسى والاجتماعى والسلوك الإيجابى للمعوقين لسهولة عباراته ووضوحها.

واستعرض مصطفى فهمى (١٩٨٠) بعض الدراسات التى تناولت خصائص شخصية الطفل الأصم وتلخصت نتائجها فى الآتى :

١- أن الأطفال ثقيلى السمع ظهر لديهم قلة الانتباه وكثرة تأملاتهم النهارية (أحلام اليقظة).

٢- ظهر من تطبيق قائمة براون للشخصية Prown personality Inventery أن الأطفال الصم يعانون من الأعراض العصابية وأنهم يلجأوا إلى العنف بدرجة أكبر. وعند قياس التوازن العاطفى اتضح أن المعاقين سمعياً أقل توازناً عاطفياً.

٣- أن الأطفال الصم أقل توافقاً من العاديين.

٤- اتسم الأطفال الصم بقلة رغبتهم واهتماماتهم فى الحياة ومن ثم ينسحبوا من مزاولة أى نشاط.

٥- يميل ثقيل السمع إلى المقاومة والثورة.

٦- يتسم المعوقون سمعياً بالتصلب والجمود وعدم الثبات وهذه النقطة الأساسية التى ظهرت من نتائج اختبار بقع الحبر للروز شاخ التى قام بها ليفين.

٧- أن الأطفال الصم أكثر ميلاً من العاديين إلى الانسحاب من المواقف والمشاركة الاجتماعية وعدم الاستعداد لتحمل المسئولية.

٨- أن الأطفال الصم يعانون من الشعور بالنقص ويكونون أقل اعتماداً على أنفسهم وشعوراً بالحرية والانتماء (زينب إسماعيل ١٩٦٨).

٩- أن المعوقين سمعياً يتصفون بالانطوائية ويعانون من الشعور بالقلق والاحباط والحرمان والاندفاعية، وعدم المقدرة على ضبط النفس وانخفاض النضج الاجتماعى وسوء التوافق الشخصى والاجتماعى (نهى اللحامى ١٩٨٩، عبد الرحيم بخيت ١٩٨٨).

١٠- ارتفاع مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المعوقين سمعياً عن العاديين مع انخفاض مستوى السلوك التكيفى للمعوقين سمعياً (عبد العزيز الشخصى ١٩٩٢)[1].

١١- توجد فروق فى الذكاء بين الصم والعاديين حيث استخدمت بعض الدراسات اختبار ذكاء عملية أو غير لفظية وحصلت فى نتائجها على أن مستوى ذكاء الصم يقل عن مستوى ذكاء العاديين بحوالى عشر إلى خمس عشرة نقطة (مختار حمزة ١٩٧٩).

١٢- وبنيت أبحاث (Kirk 1982) عن وجود احتمالات كبيرة للمشكلات اجتماعية ومشكلات توافق نفسى بين الأطفال الصم والعاديين.

١٣- إن الأطفال الصم الذين يتعلمون بانطريقة الشفوية كانوا أكثر توافقا اجتماعيا من أقرانهم الذين يستخدمون طريقة الإشارة ونتيجة لما سبق نجد أن شخصية المعوقين سمعيا تعتبر شخصية ضعيفة للتغلب على مشاكل الحياة المستقبلية. ويجب على العاملين فى هذا المجال السعى وراء كيفية تقويتها وتنميتها لتصبح قادرة على حل مشاكل الحياة المستقبلية ويصبح للطفل الأصم القدرة على التغلب على العوائق الاجتماعية والنفسية التى تنجم عن الإعاقة. كما يجب إرشاد الوالدين عن كيفية معاملة الطفل الأصم لتحقيق التوازن فى الشخصية وأن عوامل الشد والجذب والزجر والحماية الزائدة أو المبالغ فيها من جانب الآباء قد تسبب تعقيداً فى شخصية الطفل الأصم وتهدد قدرة موازنته فى الشخصية. وتؤكد على أن لغة التفاهم هى أهم عوائق

---

[1] عبد العزيز السيد الشخصى (١٩٩٢): "دراسة لكل من السلوك التكيفى والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً وعلاقتها بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال"، المؤتمر السنوى الخاص للطفل المصرى (م، ثانى) مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس، ص٢٢، ١٠-٤٦.

الطفل الأصم على حين أن التعليم هو منفذة لكل رسائل التعليـم لا تسـتطيع النفاذ خلال جدران السكون بسرعة كافية حتى تتيح للطفـل قـدرة عاديـة للتطور لذلك.

وتعتبر اللغة هى مفتاح الإدراك الذهنى للطفل الأصم حيث أن اللغة وتمييز الأصوات يلعبان دوراً هاماً فى عوائق الفهم ولا يتم التجاوب إذا كان هناك إدراك ذهنى للموقف فيحدث النمو العاطفى : وأن الإدراك الذهنـى والنمـو العـاطفى ومطورها الاجتماعى مرتبط بعاهته ويمكن مساعدته باستخدام وسـائل التعليـم الخاصة.

خصـائص المعوقيـن سمعيـاً

الخصائص السيكولوجية للمعوقين سمعياً :

إن الإعاقة السمعية لها تأثيرات واضحة على النمو السيكولوجى بوجه عـام والنمو الاجتماعى والانفعالى بوجه خاص. فالنمو السيكولوجى يعتمد بـالضرورة على التواصل مع الآخرين والوسيلة الرئيسية للتواصل والتفاعل هى اللغة علـى أن ذلك لا يعنى أن الإعاقة السمعية تقود تلقائيا إلى سوء التوافق أو أنها تؤدى إلى مشكلات من مستويات شديدة. فالمشكلات ليست أكثر شـيوعاً لـدى المعوقيـن سمعياً. وإنما نجد أن الأفراد المعوقين سمعياً يميلون إلى التفاعل مع من هم قبلـهم ويفضلون الانعزال عن الأشخاص ذوى السمع الطبيعى (جمال الخطيـب، منـى الحديدى ١٩٩٦).

ومهما يكن الأمر نجد أن الإعاقة السمعية كثيراً ما تؤثر على النمو اللغـوى والنمو المعرفى والنمو الجسمى والتحصيل الأكاديمى والنمو الاجتماعى والنمـو الانفعالى السلوكى وفيما يلى وصف موجز لأهم التأثيرات المحتملة من الإعاقـة السمعية على أبعاد النمو.

إن النمو اللغوى هو الأكثر تأثراً بالإعاقة السمعية. وإذا لم يتم تزويده بتدريب مكثف مبكراً فالطفل الأصم قد يصبح أبكما وأما الطفل ضعيف السمع فذخيرته اللغوية ستكون محدودة، وكلامه بطيئاً ذا نبرة غير عادية ويتمركز حول المحسوس (الخطيب، ١٩٩٤)، وأما بالنسبة لتأثير الإعاقة السمعية على النمو المعرفى فالآراء حوله متباينة، إذ فى حين يعتقد البعض أن النمو المعرفى يعتمد على النمو اللغوى يعتقد البعض الآخر أن الأمر ليس كذلك.

ومن الواضح أن أصحاب الرأى الأول يعتقدون أن النمو المعرفى للأطفال المعوقين سمعياً محدود يتمركز حول المحسوس، وأن أصحاب الرأى الثانى يعتقدون أن الإعاقة السمعية لا تقود إلى ضعف معرفى بالضرورة، وأن الضعف المعرفى فى حالة حدوثه لا ينتج عن الفقدان السمعى بحد ذاته بل عن عوامل أخرى (كالخلل العصبى مثلاً)، وعند عدم فاعلية تدريب هؤلاء الأطفال وتعليمهم وعن عدم ملاءمة اختبارات الذكاء المألوفة لتقييم القدرات العقلية للأطفال الصم، لأن هذه الاختبارات لفظية فى معظمها وقننت على مجتمع السامعين وليس ضعاف السمع (Mccres 1982).

أما النمو الجسمى للأطفال المعوقين سمعياً فهو قد يتأثر أيضاً بالإعاقة السمعية ولكن بشكل محدود نسبياً. فالإعاقة السمعية تضع عراقيل عديدة أمام اكتشاف الفرد لبيئته والتفاعل معها وهى تحرمه من الحصول على التغذية الراجعة السمعية الأمر الذى يقوم أحياناً إلى أوضاع جسمية غير صحيحة (French & Jansma 1980).

أما الأداء الأكاديمى والذى يعتمد كثيراً على التعلم اللغوى، فهو يتأثر سلباً وبشكل ملحوظ بالإعاقة السمعية فعديدة هى الدراسات التى أشارت إلى أن الأطفال المعوقين سمعياً يعانون من التأخر الدراسى وبخاصة فى مجال التحصيل القرائى ومثل هذا التأخر يزداد بزيادة شدة الضعف السمعى الذى يعانى منه الطفل (Trybus & Karchmer 1977).

وبالنسبة للنمو الاجتماعى فالإعاقة السمعية تترك تأثيرات كبيرة على قدرة الأطفال على مخالطة الآخرين وتفاعلهم معهم. إضافة إلى ذلك فإن أنماط التنشئة الأسرية والتى كثيراً ما تتسم بالحماية الزائدة قد تقود إلى تطور الاعتمادية وعلى مستويات متفاوتة من عدم النضج الاجتماعى (Meadow, 1985).

أما من حيث الخصائص السلوكية والانفعالية، فإن مئات الدراسات التى أجريت بهذا الخصوص فى الدول الغربية تشير إلى أن الإعاقة السمعية تؤثر بأشكال مباشرة وغير مباشرة على التنظيم السيكولوجى الكلى للفرد (Moores, 1982) إلا أن الدراسات تبين أن تأثير الإعاقة السمعية يختلف من فرد إلى آخر، وأن طبيعته ومستواه يعتمدان على العديد من العوامل المنهجية المتمثلة بأدوات القياس المستخدمة، والعينات المتضمنة فى الدراسات، وطرق تطبيق الاختبارات وتحليل نتائجها.

لقد أجريت فى العقود الماضية مئات الدراسات العلمية حول الخصائص السيكولوجية للأطفال المعوقين سمعياً فى الدول الغربية وفى هذا الجزء يستعرض نتائج أهم الدراسات الغربية ذات الصلة بموضوع الإعاقة السمعية.

وفى عام ١٩٥٦ وجد ليفين (Levine) أن الأشخاص الصم متهورون وينقادون للآخرين بسهولة وبأنهم ذوو مركز ضبط خارجى. وأن من السهل استثارتهم وأشارت دراسة يكلبست (Mykelbust. 1964) وليفن (Levine 1966) إلى أن الأطفال الصم ذهانيون وعاجزون اجتماعياً. وبينت نتائج الدراسة التى قام بها جتزنجر ولارتز وبيليروز وبوشان (Goetzinger Ortiz Bellerose & Buchan 1966) أن الصم متشنجون وعدوانيون مقارنة بغير الصم.

وأشارت نتائج دراسة فيرنون (Vernon. 1968) إلى أن ٤٤% من الأطفال الصم يعانون من مستويات وأنواع مختلفة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وفى بريطانيا، فقد أشارت دراسة وليامز (Williams 1970) إلى أن ٦ــ١٥% من الأطفال الصم يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة. أما فى الولايات المتحدة الأمريكية أن نسبة انتشار المشكلات الانفعالية الشديدة تبلغ حوالى ٢ــ١٠% بين الأطفال العاديين، فى حين أنها تتراوح ما بين ٨ــ٢٢% بين الأطفال الصم الملتحقين بالمدارس.

وفى دراسة أجريت على (٥٠٠) طفل أصم وجد ستيفنز (Stephens 1980) أن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال تعانى من التهور والقلق والاكتئاب والقابلية للإثارة والشعور بالحرج. وفى عام ١٩٨٥ وجدت شيلزنجر (Schlesinger 1985) وميدور ــ أورلانز (Meadow Orlans 1985) أن نسبة انتشار المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم تزيد بمعدل خمسة أضعاف عن نسبة انتشارها لدى الأطفال ذوى السمع العادى، وأن أكثر تلك المشكلات شيوعاً كان الانسحاب الاجتماعى وعدم النضج.

وفى ضوء هذا كله، فإن المتأمل فى أدبيات التربية الخاصة ذات الصلة بالأطفال المعوقين سمعياً يتوقف طويلاً أمام النتائج التى تمخضت عنها الدراسات فى العالم الغربى، فإلى أى مدى تنطبق على الأطفال المعوقين سمعياً فى البيئة العربية ؟

ويذكر على مطر (١٩٩١) بأن الفرد أدلر (Adler) أشار فى كتابه التكوين العصابى سنة ١٩٢١ (وهو من أوائل من كتب عن نفسية المعوق)، أن الإعاقة تنعكس على نفسية المعوق بحيث تؤدى إلى شعور بعدم الثقة فى النفس، وتوصل إلى ضعف الثقة بالنفس الذى يؤدى إلى صراع لتأكيد الذات، وأن مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين أمر يسبب القلق النفسى للفرد، لذا يلاحظ أنه من الصعوبة الفصل بين نواحى القصور الجسمى والشعور النفسى؛ لأن الارتباط بينهما وثيق وتأثيره على جانب الأعصبة أو الجوانب النفسية كبير. هذا وترتبط

الإعاقات السمعية والبصرية بخواص الإنسان، وهى تؤثر فى الوظائف البيولوجية التى تؤديها الحواس وتسبب له مشكلات فسيولوجية ونفسية واجتماعية متعددة (عبد الله عبد الرحمن ١٩٩٥).

وغالباً يعيش الأطفال الصم حياة أكثر عزلة وانطوائية من تلك التى يحياها أقرانهم العاديين، وإن العيش فى عالم خال من الصوت مشحون بالتواصل مع الآخرين يؤدى غالباً إلى تمركز الأطفال الصم حول أنفسهم وإلى معاناتهم فى بناء وتكوين شعور بقيمة ذاتهم والثقة فى الانتماء إلى الآخرين فى بيئتهم. كما أنهم يعانون من مشكلات لا محيد عنها ولا مفر من وقوعها فى نموهم النفسى.

فهناك دراسات أظهرت أن المعوقين سمعياً يعانون من عدم الثبات أو الاتزان الانفعالى بالإضافة إلى العصاب وسوء التوافق الاجتماعى وذلك بدرجة أعلى مما يعتبر عادياً بالنسبة لمن يتمتعون بحاسة السمع.

ويشير ميدو (١٩٧٥) (Meadow, 1975) لطفى بركات (١٩٧٨) إلى أن هناك أبحاث أجريت المقارنة بين الأطفال الصم والعاديين ومنها أبحاث (سبرنجر وروسلو، ١٩٥٨) Springer & Roslo. 1958 والتى قورن فيها الأطفال الصم بالأطفال العاديين من حيث الاتجاهات العصابية، باستخدام مقياس براون للشخصية، وقد أكدت النتائج أن الأطفال الصم أميل للأمراض العصابية من الأطفال العاديين.

وقد أورد مختار حمزة (١٩٧٩) دراسة لـ (ليون، ١٩٣٤) وضحت أن النسبة المئوية للأشخاص الصم الذين يوصفون بعدم الاتزان العاطفى أو الذين يحتاجون إلى علاج نفسى تزيد عن ضعف النسبة من بين أفراد العينة فى الدراسة من نفس السن.

ويذكر (هالاهان، كوفمان، ١٩٨٢) (Hallahan & Kauffman, 1982) أن التوافق النفسى والاجتماعى للصم يعتمد اعتماداً كبيراً على قدراتهم ومهاراتهم فى التخاطب والتواصل الفعال، وطبقاً لتعريف التفاعل الاجتماعى واعتباره فى الدرجة الأولى تبادلاً للأفكار بين اثنين أو أكثر من الناس فإن اللغة تعتبر حتى الآن أكثر وسائل التواصل شيوعاً على الإطلاق فى نقل المعلومات وتبادل الأفكار بين مجتمع السامعين.

هذا ويشعر الأصم بالخوف والتذمر والعزلة والحيرة والقلق والغضب، وذلك لعدم قدرته على فهم من حوله وعدم قدوة من حوله على فهمه (محمد حسين، ١٩٨٦).

وقد أوضحت بعض الملاحظات التى قام بها بعض الباحثون إلى أن غضب الأفراد الذين يتعاملون مع الأصم بسبب عدم إدراكهم لما يريد، واتباعهم العنف لإسكاته وتكرار مثل هذه المواقف يؤدى بالاسم إلى أمراض نفسية، كما أن الإفراط فى العطف وتفضيله على اخوانه يؤدى إلى عدم الاعتماد على النفس. لذا فالتصور السمعى الحاد وما يخلفه من آثار على عاليات الفرد من الممكن أن يجعله يصطدم بالكثير من العلاقات الشخصية المتبادلة بين الأصم وأفراد مجتمعه، وذلك يؤدى بدوره إلى اضعاف شعوره بقيمة نفسه وكفاءته الشخصية (عبد الغفار الدماطى، ١٩٨٧).

ويرى المختصون بأن فقدان السمع يؤدى إلى اضطرابات أشد وقعاً على الطفل الأصم من كثير من الإعاقات الحسية الأخرى، وأن تأثيره يؤدى به إلى مواجهة مشاكل تعليمية وسلوكية واجتماعية ونفسية بشكل مؤقت أو دائم حسب ظروف المعوق (عبد الله سويد، على دقدق، ١٩٨٧).

كما أن للإعاقة تأثير شديد فى اضطراب الاتزان الانفعالي للفرد مهما كانت درجة صحته النفسية، ونادراً ما ينجح المعوق بنفسه فى استعادة تكيفه مع بيئته باكتشاف الإمكانيات الباقية له، وتقبل وضعه الجديد، ولكن غالباً ما يعجز المعوق عن ذلك فيحاول إخفاء نواحى القصور والعجز لديه، أو يميل نحو العزلة والانطواء، أو يلجأ للمبالغة والتهويل نحو إصابته (إبراهيم المليجى، ١٩٩١).

ويشير رشاد موسى (١٩٩٣) إلى أن أمر تعديل البيئات النفسية، سواء المنزلية أو المدرسية، التى ينتمى إليها الفرد الأصم بهدف إلى التسليم بأن الفرد المعوق سمعياً فرد له نفس الحقوق والواجبات مثل الفرد المادى سمعياً، وبهذا نستطيع أن نقدم له من المساعدات مثل ما نقدم للفرد العادى سمعياً.

كما يضيف نبيل سليمان (١٩٩٢) بأنه قد ينجح الأصم فى تحقيق تكيف مستمر وقد يفشل فى بعض الأحيان، ومع تجمع الفشل وتراكم آثاره تنشأ عند الأصم مشكلات تكيف مختلفة الشدة تكون بالغة الأذى على مواقفه وعدم الأمن، فالمخاوف تتزايد عنده والشعور بعدم الأمن يتعزز.

وتذكر فوزية أخضر (١٩٩٣) أن الأصم يشعر دائماً بالانقباض واليأس والملل، والاكتئاب النفسى والشعور بعدم القدرة على تحمل المسئولية، وبعض السلوكيات الأخرى مثل الكبت والعناد، ويرجع ذلك إلى الانعزال الذى يعيش فيه، كما أشارت إلى أن (رامسديل) ذكر أن الصمم يبدو عاملاً قوياً لإظهار الاحتمالات الخفية البارانوريا فى الشخصية، فإذا ما كان الشخص متزن الانفعالات فإن الصم لا يولد لديه الشعور بالشك وعدم الثقة فيمن حوله. ومما يظهر على الأصم أن لديه حب السيطرة على الحديث، ولفت الانتباه له واحتكار الجلسة.

ويضيف رمضان محمد (١٩٩٤) : أن المعوق سمعياً يعمل باستمرار على التركيز بشدة حتى يتمكن من سماع حديث غيره، وعندما يشعر بالأعباء يحاول الابتعاد عن مقابلة الآخرين ويبدأ فى الشعور بالخوف والضيق واضطراب المزاج.

- **وتلخيصاً لما سبق :**

١- تؤثر الإعاقة السمعية على النمو الجسمى فهى تصنع عراقيل أمام الفرد فى اكتشافه لبيئته والتفاعل معها فتؤثر على الوظائف البيولوجية التى تؤديها الحواس وتسبب له مشكلات وتحرمه من التغذية الراجعة السمعية الأمر الذى يؤدى به إلى أوضاع جسمية غير صحيحة.

٢- تؤثر الإعاقة السمعية على النمو المعرفى والأكاديمى فنجد أن أساليب الحصول على المعرفة محدود ويتمركز حول المحسوس. أما عن ضعف الذكاء فيرجع إلى أن هذه الاختبارات أغلبها لفظية وقننت فى مجتمع السامعين وليس ضعاف السمع غير أن النمو اللغوى هو الأكثر تأثيراً بالإعاقة السمعية إذا لم يتم التدريب عليه غير أن الأداء الأكاديمى يعتمد على اللغة وبالتالى يعانى الأطفال ذوى الإعاقة السمعية من التأخر الدراسى.

٣- تؤثر الإعاقة السمعية فى النمو الاجتماعى حيث أنهم غير متوافقين مع الآخرين فى تفاعلهم الاجتماعى نظراً لأساليب التنشئة الاجتماعية التى تتسم بالحماية الزائدة والتى بدورها تقود إلى تطور الاعتمادية وعدم النضج.

٤- تؤثر الإعاقة السمعية فى الخصائص السلوكية الانفعالية حيث نجد أن الأشخاص الصم متهورون عدوانيون لديهم اضطرابات سلوكية وانفعالية ذهانيون عاجزون اجتماعيا – يعانون من القلق والاكتئاب والقابلية للاستثارة والشعور بالحرج مما يزيد من المشكلات الانفعالية وينشأ لديه شعور بعدم

الثقة فى النفس يؤدى إلى صراع لتأكيد الذات وأكثر خوفاً وحـيرة وغضـب لعدم فهم ما يدور حوله.

٥- تؤثر الإعاقة السمعية على الشخصية حيث نجد أن الأطفال الصم أكثر عزلـة وانطوائية ــ وعدم اتزان انفعالى وسوء توافق. وهم أميـل إلـى الأمـراض العصابية مع ضعف شعوره بقيمة نفسه وكفاءة الشخصين ويشـعر باليـأس والملل وعدم القدرة على تحمل المسئولية ولديه اضطرابات فى المزاج.

٦- تؤثر الإعاقة السمعية إلى وجود مشاكل تعليمية وسلوكية واجتماعية ونفسـية بشكل مؤقت أو دائم حسب ظروف المعوق.

بسم الله الرحمن الرحيم

دراسة تفضيل الشكل كأسلوب فارق لشخصية الأطفال الصم وضعاف السمع وأثر استخدام الإرشاد باللعب فى خفض الاستجابات العصابية

FIGURE PREFERENCE AS A DIFFERETIAL TECHNIOUS FOR PERSONALITY AMONG DEAF AND HARD

HEARING CHILDREN AND THE EFFECT OF PLAY COUNS ELLING IN REDUCENIG THE NEUROTICISM RESPONSES

هدف الدراسة وأهميتها :

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على نمط أو نموذج الشخصية لدى عينة من الأطفال الصم وضعاف السمع والعاديين، باستخدام أداة قياسي غير لفظية (شكلية) لم تستخدم من قبل فى البيئة العربية، وكذلك تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى تأثير الإرشاد باللعب فى خفض الاستجابات العصابية لدى هؤلاء الأطفال وتعود أهمية نتائج الدراسة الحالية فى أنها قد تحدد لنا الملامح الأساسية لشخصية الأطفال الصم وضعاف السمع، والأسلوب الارشادى الواجب اتخاذه حيال بعض الحالات العصابية، وهذا كله قد يساعدنا في وضع مناهج أكثر تناسباً، تتناسب مع التطورات الحديثة فى ذلك المجال.

مصطلحات الدراسة

١- تفضيل الشكل : **Figure Preference**

الأشكال المطلوب تفضيلها فى الدراسة الحالية لا تمثل أى قيمة جمالية أو إدراكية ولكنها تتراوح وتتدرج من الأشكال الهندسية البسيطة إلى الأشكال الهندسية المعقدة والمتباينة من حيث الكيف والهيئة والمحتوى، وهذه الأشكال مثيرات غير لفظية مناسبة لمدى واسع من الموضوعات لا يمكن اختبارها بسهولة باختبارات الشخصية التقليدية اللفظية أو الطرق الاسقاطية كما أن الإجابة اللفظية غير مطلوبة، والمطلوب أن يذكر المفحوص أنه يحب أو لا يحب أى من الأشكال المقدمة، ولذلك فهذا الأسلوب لا يتطلب مستوى معين من الثقافة أو التعليم فى أى لغة من اللغات ولا يتطلب مجهوداً لفهم الشكل، كل المطلوب هو رؤية كافية للشكل تستبعد أن يفكر المفحوص فى أن هناك إجابة صحيحة ملائمة مناسبة عن غيرها، وبالتالى فالرغبة الاجتماعية والتحريف الدافعى التى تؤثر فى كثير من الاختبارات اللفظية لا تكون ذات تأثير فى الأسلوب المستخدم فى الدراسة الحالية.-

٢- الأطفال الصم : Deaf Children

يرى مصطفى فهمى (١٩٦٥) أن الطفل الأصم من الناحية الطبية هو الذى حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو هو الذى فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو هو الذى فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة، وبالتالى بالصمم ينقسم إلى صمم ولادى Congenital، صمم مكتسب Acquired ونفس التقسيم استخدمه مختار حمزة (١٩٦٤) وصموئيل مفاريوس (١٩٦٥).

٣- الأطفال ضعاف السمع : Hard Hearing Children

يذكر عبد السلام عبد الغفار، يوسف الشيخ (١٩٦٦) أن التمييز الأساسى بين ضعاف السمع والصم هو فى الاستعمال العملى للسمع ولا يمكن أن يكون على أساس خط فاصل جزافى على اختبارات الأوديومتر، ويذكر مصطفى فهمى (١٩٧٦- ١٠٩) أن الفرق بين الأصم وضعيف السمع هو فى الدرجة، وبالتالى يمكن تقسيم النقص السمعى Hearing Losses إلى :

أ- نقص سمعى من النوع البسيط Slight وهو عشرون وحدة صوتية ديسبل Dicibles أقل من العادية.

ب- نقص سمعى من النوع المتوسط Moderate وهو يتألف من ٤٠ وحدة صوتية Decible أقل من العادية.

ج- نقص سمعى من النوع الشديد Severe وهو يتألف من ٦٠ وحدة صوتية Decibles أقل من العادية.

والفئة الأولى يمكن تركهم فى الفصول العادية على أن تكون أماكنهم فى المقاعد الأمامية والفئة الثانية تقدم لهم الأجهزة المساعدة للسمع Hearing Aids على أن يبقوا فى الفصول العادية أما المجموعة الثالثة فيجب عزلهم فى فصول خاصة بهم، ويتفق ذلك مع ما جاء به فرى وتنل Fry & Whetnell (١٩٦٤- ١١٧).

وقد تعددت تقسيمات ضعاف السمع بالأساليب السابقة لدى كل من عـــادل الأشول (١٩٧٦)، عبد السلام عبد الغفار، يوسف الشيخ (١٩٦٦) وضعاف السمع فى الدراسة الحالية هم من النوع المتوسط Moderate والذين تقع عتبتهم السمعية بين ٤٠ـ ٦٠ ديسيبل Decible وهم يستطيعون الحديث والاستماع إذا توفــرت لديهم الأجهزة المساعدة للسمع Hearing Aids وهؤلاء الأفراد يمكــن بســهولة تفرقتهم عن الصم Deaf والعاديين وبعضهم فى المدارس العادية والبعض الآخـر فى مدارس الصم.

ـ الإرشــاد باللعــب : Play Counseling

صنفت شارلوت بوهلر Charlotte buhler (٥ـ٥٩) اللعب إلى أنـــواع مختلفة منها : اللعب الوظيفى، اللعب الإيهامى، اللعب السلبى، وتــرى أن اللعــب مصدر دائم لسرور الأفراد، بينما تعرف كاترين تــايلور K. Taylor (١٩٧٦ـ ٩١) اللعب بأنه حياة الطفل، فهو التربية والاستكشاف، والتعبير الذاتــى وليـس مجرد وسيلة لتمضية الوقت واللهو.

ويوضح مصطفـــى فــهمى (١٩٧٦ـ ٢٠٠) أن طـرق اللعــب Play Technique هــى احــدى طــرق العــلاج النفســى المختصــر Short Psychotherapy وتهدف هذه الطريقة إلى غـــرض تشــخيصى Diagnosis وغرض علاجى Therapeutic ويرى حامد زهران (١٩٨٠ـ٤١٥) أن التعـامل مع الأطفال فى عملية الإرشاد يحتاج إلى مهارة خاصة فى فهمــهم مــن داخـل اطارهم المرجعى وفهم سلوكهم الطفلى وأن من أكثر الطرق فائدة مــع الأطفــال الإرشاد باللعب والإرشاد الجماعى.

إن المرشد يلجأ إلى اللعب كطريقة هامة لضبط وتوجيه وتصحيح ســلوك الطفل، وهو فرصة للتعبير والتنفيس الانفعالى عن التوترات التى تنشأ عـــن الصــراع والاحباط، ويظهر ذلك عندما يعبر الطفل عن مشكلاته وهو يتعامل مع اللعب.

ويضع جيمس ويدرمان James Wedeman (١٩٧٤) مدرجاً سلوكياً للتعامل مع الأطفال الصم وضعاف السمع ويبدأ بالتحاق الأطفال ببرنامج التوجيه والإرشاد، ويتقبل منهم التعليقات والآراء الخاصة بالبرنامج، ثم يشجعوا على إبداء الرأى فى النشاطات المختلفة فى البرنامج الارشادى سواء كانت تلك النشاطات حركية أو غير حركية، ويراعى المرشد أو الموجه الاضطرابات السلوكية المصاحبة للأطفال لاتخاذ ما يلزم حيالها. ولذلك فإن عملية الارشاد والتوجيه مع الأطفال تختلف عما يكون مع المراهقين أو الراشدين، ويؤكد ذلك أودين شيرتزر Edwin F. Shertzer (١٩٧٦ــ ٩١) حيث يرى أن المرشد والموجه فى المرحلة الابتدائية يحتاج لمهارات عن المراحل الأخرى، بالرغم من أنه يكون أكثر قرباً للتلاميذ لكن عليه أن يراعى متطلبات الطفولة واحتياجاتها ولذلك يذكر "ارنست هارمز" Ernest harmes (١٩٦٣ــ٤١٨) أن أسر الأطفال المعوقين فى حاجة إلى توجيهات ومساعدات ومعلومات عن الإعاقة الملازمة لطفلهم، ولا يمكن أن يحصلوا على ذلك إلا من الموجه والمرشد المدرسى المرتبط معهم بالألفة والتعاون.

وأسلوب الإرشاد باللعب فى الدراسة الحالية يستخدم لعبة المنزل وتتكون من منزل من الكرتون المقوى، على هيئة ثلاثة أضلاع بهدف أن يسهم غياب الجدار الرابع فى تيسير اللعب على الأطفال بالإضافة لنماذج من الأثاث المنزلى والدمى الممثلة لأفراد الأسرة، وتترك الحرية الكاملة للطفل لترتيب المنزل وتمثيل خبرة حياتية يومية، بالطريقة التى يراها دون تهديد أو نوم أو استنكار، ويتخذ الباحث موقفا متدرجاً بالملاحظة أولاً ثم يقدم المساعدة أو يعدل من الموقف وفقاً للبرنامج المعد لذلك.

٥ـ الاستجابات العصابية : Neuroticism Responses

يقول عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٦ــ ١٧٤) أن العصاب هو اضطراب

انفعالى يتميز بقلق شديد ومبالغة فى استخدام الحيل الدفاعية. يرى "يحيى الرخاوى" (١٩٨٠ــ ٢٠) أن العصاب هو تغير جزئ طفيف فى الشخصية ومحتوى اللاشعور يظهر بطريق غير مباشر، بينما لا يفرق صلاح مخيمر (١٩٨٤ــ ٥) بين العصاب Neurosis والذهان Psychosis فيذكر أن الواقع العيانى لا يعرف غير أشكال متباينة ودرجات متفاوتة فى شدتها من العصابية، فدرجات العصابية تمضى متنازلة فى شدتها متدرجة من الأذهنة إلى الأعصبة بحيث تكون بالدرجات الهينة جداً من العصابية هو ما نصطلح على تسميته فى العادة بالسوية أو الصحة النفسية، ويرى ايزنك Eysenck (١٩٦٤) أن الشخص العصابى هو الذى يعانى قصوراً فى إرادته وقدرته على الضبط الانفعالى والاستجابات العصابية فى الدراسة الحالية تتمثل فى ارتفاع درجات العصاب النفسى والقلق والكبت، كما تقاس باختبار تفضيل الشكل "قياس الشخصية" المستخدم فى الدراسة.

الدراسات السابقة والاطار النظرى :

يذكر "لويس ديكارلو" Louis Dicarlo (١٩٥ــ ٤٩٧) أن السنوات التالية سوف تشهد بحوثاً ابتكارية فى مجالات الصم وضعاف السمع فى الأبعاد التربوية والتدريبية والتأهيلية وسوف نضع لنا اطاراً مرجعياً يحدد المثيرات المناسبة لهذه الفئة من المعوقين وقد قدم لويس ديكارلو فى مقالته عن الصم وضعاف السمع The Deaf and Hard Hearing الشخصيات الفارقة، وطبيعة الذكاء، والتدريبات الخاصة فى مرحلة ما قبل المدرسة وبالرغم من أن ما ذكره لويس ديكارلو قد مضى عليه قرابة الثلاثين عاما إلا أن الأبحاث فى مجالات الصم وضعاف السمع ــ خاصة فى المنزل النامية ــ لم تحقق الكثير مما كان يرجى منها.

افترض "كاهن هـاريس" Karin Harris (١٩٥٧ـ ١٥٥) أن انخفاض مستوى النضج الاجتماعى لدى ضعاف السمع سوف يضعف من مقدرتهم على حل الخبرات الاحباطية Frustration Experience على عكس ما يحدث لدى الأطفال العاديين، واختبار الباحث لذلك عينة من الأطفال العـاديين وعينة من الأطفال ضعاف السمع، ونتائج الدراسة لم تدعم افتراض الباحث حيث استخدم اختبارات لفظية لقياس متغيرات دراسته، وقد يكون ذلك سببا فى رفض الدراسة، بينما استخدمت "ليفين ادنا" Levine Edna (١٩٥٧ـ ٢١٧) اختبار المرور شاخ Rorschach ومقياس وكسلر بلفيو مع عينة من الصم الإنـاث بلغت ٣١ فتاة يتراوح أعمارهن بين ١٥ـ١٨ عاما وتبين من نتائج الدراسة أن الصم من الإناث تظهر لديهن صفات التصلبية Rigidity عدم الثبات الانفعالى، والتمركز حول الذات، وضعف النشاط العقلى وفسرت الباحثة نتائجها السابقة فى ضوء فقد القدرة الاتصالية Communication لدى فئات الصـم، وتجـاهلت بـاقى المحددات الأخرى التى قد تؤدى إلى تلك الأعراض المرضية.

"أورد هيلمر م. Helmer M الدراسة التى قام بها الينديى Allende والتى طبق فيها اختبار المرور شاخ على خمسة أطفال من الصم البكم، ١٩ مراهقاً من الصم والبكم وقام بتمييز الأنماط المختلفة من الادراكات التى ظهرت أنها تشمل الاستجابات الكلية للبيئة وادراك التفاصيل العادية، التفاصيل الدقيقة، والتفاصيل الجزئية، والتفاصيل الخاصة بالخلفية البيضاء، وتبين أن لدى أفراد العينة تزايد فى إدراك التفاصيل الكلية والجزئية، وأنهم يتميزون بالتمركز حول الذات، وقامت "أولين فيولا" Qualline Viola (١٩٧٥) بدراسة الأطفال الصم فى سن ما قبل المدرسة الذين لديهم مشكلات سلوكية، والتعرف على تأثير اللعب غـير الموجه Nondirective play والذى يمارس لمدة ١٠ أسابيع فى تعديل تلك المشـكلات السلوكية وظهر من نتائج الدراسة أن الأطفال الصم الذى يوضعون تحت العـلاج

عن طريق اللعب غير الموجه يحصلون على درجات أعلى فى السلوك الناضج، وقام "سبرنجر" Springer (٢٧ــ٦٢) بدراسة ٣٧٧ حالة من الأطفال الصم بالمقارنة بـ ٤١٥ طفلاً عادى السمع يتراوح أعمارهم بين ٦-١٢م.

وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال الصم أظهروا ميلاً واتجاهاً نحو العصاب Neurosis بالمقارنة بالأطفال العاديين، وفى البيئة العربية زادت فى الآونة الأخيرة دراسات الصم، فقد قام عبد الوهاب كامل (١٩٨٥) بدراسة عن الاستعداد للتعليم والتوافق النفسى لدى المعوقين سمعياً.

وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية بين الأسوياء والمعوقين سمعيا فى الاستعداد للتعليم وفى أبعاد التوافق.

وقامت "زينب إسماعيل" (١٩٦٨) بدراسة مقارنة بين الأطفال الصم كليا وجزئيا وعادى السمع من حيث الاستجابات العصابية وأوضحت نتائج الدراسة أن الطفل الأصم وضعيف السمع يعانى من الشعور بالنقص وكذلك يعانى من أحلام اليقظة، وأقل قدرة فى الاعتماد على النفس والشعور بالحرية والشعور بالانتماء، وتبين كذلك أن الاستجابات العصابية ظهرت بصورة واضحة لدى الأطفال الصم وضعاف السمع أكثر من الأطفال عادى السمع، وتأكدت تلك النتائج فى الدراسة التى قامت بها بحرية الجنايني (١٩٧٠) عن الخصائص النفسية للأطفال الصم ومن ناحية التوافق قام أحمد عبد اللطيف (١٩٧٦) بدراسة العلاقة بين التوافق لدى الصم والبكم المراهقين والاتجاهات نحوهم وتبين من النتائج الاكلينيكية أن الصم من المراهقين تحرك ديناميات الشخصية لديهم الشعور بالنقص والكبت والإنكار للإعاقة السمعية والتقمص واستخدام الحيل العقلية اللاشعورية.

وقامت "نبى الحامى" (١٩٨٠) بدراسة تجريبية للنضج الاجتماعى وعوامل الشخصية لدى الصم وتكونت عينة الدراسة من ١٥٥ من الذكور والإناث، وتبين أن السمات الشخصية المميزة للصم تتمثل فى العصابية والانطوائية وتمثلت

الصراعات لدى الصم بين الذات العلا وبين الدافع، للعدوان والدافع الجنسى والدافع للامتلاك، وتمثل القلق لدى الصم فى فقدان الحب والحرمان الاستهجان، الأذى والعقاب البدنى، تمثلت الحيل الدفاعية فى الكبت والنكوص والانكار والتكوين العكسى.

وقد تبين من دراسة بنتر، ضفلد، برنشوج Pintner, Fusfeld, Brunschwing (٢٣ــ٨٢) أن حالة عدم الاتزان بين الصم أكثر قليلاً منها من زملائهم العاديين، والصم أكثر انطواء على أنفسهم وأقل حبا للسيطرة ممن يسمعون وكذلك درجاتهم فى التكيف أقل ممن يسمعون أما دراسة "سبرنجر Spriger" (م٢٢ــ ص ٨٣) فقد استخدمت نفس الاختبارات المستخدمة فى الدراسة السابقة، ولكنه لم تتوصل إلى أى فروق دالة، وقد يعود ذلك إلى الأسلوب اللفظى المتضمن لأبعاد تلك الاختبارات.

وبالنسبة لشخصية ثقيل السمع يذكر "مختار حمزة" (١٩٦٤ــ٩٩) أن بعض الدراسات مثل دراسة مادن Madden أوضحت أن ثقيلى السمع اقل قدرة على القيادة ميلا لاستعمال العنف وأكثر خجلاً، ودراسة هاب Habbe أوضحت أن ثقيلى السمع أكثر انطواء على أنفسهم وأكثر تسليما بالواقع.

فروض الدراسة :

من الدراسات السابقة والأطر النظرية يمكن صياغة الفروض التالية:

١- يختلف نموذج الشخصية فى ضوء درجات الأصالة ــ الذكاء، كما تقاس باختبار تفضيل الشكل (قياس الشخصية) بين كل من الأطفال الصم وضعاف السمع والعاديين.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الأطفال الصم والأطفال ضعاف السمع فى متغيرات العصابية (العصاب النفسى ــ القلق ــ الكبت) كما تقاس باختبار تفضيل الشكل (قياس الشخصية).

٣- يختلف المحتوى التفضيلى لحركة الشكل، الشكل والأرضية بين الأطفال الصم وضعاف السمع والعاديين، كما يقاس باختبار تفضيل الشكل (قياس الشخصية).

٤- يمكن خفض الاستجابات العصابية لدى الأطفال الصم وضعاف السمع باستخدام أسلوب الإرشاد باللعب.

عينة الدراسة :

استخدم الباحث ثلاث مجموعات فى الدراسة الحالية :

المجموعة الأولى : المجموعة التجريبية الأولى (الصم) Deaf.

المجموعة الثانية : المجموعة التجريبية الثانية (ضعاف السمع) Hard Hearing

المجموعة الثالثة : المجموعة الضابطة (العاديون) Normal.

وقام الباحث باختيار عينة الدراسة تثبيتا للمتغيرات التالية لدى ضعاف الدراسة :

١- **العمر الزمنى** : تتراوح بين ٩ أعوام : ١١ عام، وهذا العمر الزمنى يمثل نهاية مرحلة الطفولة (الطفولة المتأخرة).

٢- **المستوى الثقافى الأسرى** : حيث تم اختيار أفراد المجموعات من الأسر التى يحمل الوالدين أو أحدهما شهادة متوسطة على الأقل.

٣- **المستوى الاجتماعى** : اختيرت عينات الدراسة من مدينة المنيا دون غيرها من مدن الجمهورية، تقريبا للمستوى الحضرى الاجتماعى.

٤- **الجنس** : جميع أفراد عينة الدراسة من الذكور.

٥- **الخلو من العيوب والعاهات الجسمية، ما عدا الإعاقة السمعية بالنسبة للمجموعات التجريبية.**

وقد ساعد الباحث فى عملية الاختيار لتثبيت المتغيرات احتـــواء مـــدارس أفراد العينة على سجلات تتضمن كافة البيانات الخاصة بالتلميذ، والجدول التـــالى يوضح بيانات عينات الدراسة.

جدول (١)

يوضح بيانات عينات الدراســـة

المتغيرات المجموعـات	النـــــوع	العـــــدد	متوسط العمر بالسنوات	مصدر العينة
التجريبية ١	صم	٣٢	١٠,١١	معهد الأمل بالمنيا
التجريبية ٢	ضعاف السمع	٣٠	١٠,٩	معهد الأمل بالمنيا - مدارس إدارة المنيا
الضابطة	عاديين	٣٤	٩,٣	مدرسة الزهراء الابتدائية بالمنيا

وقد استبعد الباحث من عينة الصم بمعهد الأمل الأطفـــال الذيـــن يقيمـــون داخليا بالمعهد أما بالنسبة لعينة ضعاف السمع حصل الباحث على ٩ أطفال مـــن معهد الأمل بالمنيا و٢١ طفلاً من مدارس مختلفة فى إدارة المنيا التعليمية، وجميع الأطفال ضعاف السمع يستخدمون الوسائل المســـاعدة للســـمع Hearing Aid ويتمركزون فى الصفوف الأمامية فى الفصول، والنقص السمعى لديهم من النـــوع المتوسط Moderate (٤٠ــ٦٠ وحدة صوتية Decible) كما ورد فى ســـجلاتهم المدرسية، والأطفال التسعة فى معهد الأمل قدمت لهم الوسائل المســـاعدة للســـمع من قبل جهات خيرية معينة للاستخدام المدرسى.

أدوات الدراســـة :

أولاً : اختبار تفضيل الشكل Welsh Figure preference T.

أعد هذا الاختبار "جورج ولش" G. Welsh (١٩٨٠) وقام الباحث بإعداده للبيئة العربية ويتكون الاختبار من ٤٠٠شكل أبيض وأسود، والأشكال منتظمـــة

على أرضية رمادية اللون، تتضمن كل صفحة ٨ أشكال ويسأل كل مفحوص عما إذا كان يحب أو لا يحب كل شكل من أشكال الاختبار التي لا تمثل أى قيمة جمالية أو إدراكية، ولكنها تتدرج من الأشكال الهندسية البسيطة إلى الأشكال الهندسية المعقدة والمتباينة من حيث الكيف والهيئة والمحتوى وتلك الأشكال مثيرات غير لفظية، لا تتطلب مستوى معيناً من الثقافة، ولذلك هو صالح لعينات الصم وضعاف السمع وبعض فئات غير العاديين، ويتضمن الاختبار العديد من المقاييس الفرعية (راجع ملاحق الدراسة) وتم اختيار المقاييس الفرعية التالية للدراسة الحالية:

١- مقياس الأصالة ـ الذكاء : **Origence – Intellectence**

أ- مرتفع الأصالة ـ مرتفع الذكاء (نمط حدسى) : Intuitive غير تقليدى ـ مخاطر ـ منطوى ـ منعزل ـ مركز حول ذاته.

ب- مرتفع الأصالة ـ منخفض الذكاء (نمط خيالى) : Imaginative.

- غير مساير ـ منفصل عن الآخرين ـ خيالى ـ منبسط ـ منطلق ـ متطلع لذاته.

ج- منخفض الأصالة ـ مرتفع الذكاء (نمط عقلى) : Intellective.

- تقليدى ـ منطقى ـ مستقل ـ واثق بذاته ـ متبعد للقواعد

د- منخفض الأصالة ـ منخفض الذكاء : (نمط مجتهد) : Industrious

- راض ـ مساير ـ مثابر ـ منبسط ـ تابع ـ صدوق ـ منكر لذاته.

وبعد تطبيق الاختبار يتم تقدير درجة الأصالة وكذلك درجة للذكاء وتحول الدرجات الخام إلى درجة تائية ثم يتم تحديد نوع الشخصية، ويوضح الشكل التالى نماذج الشخصية.

Characteristics for Origence / Intellectence Typology

شخصية غير منتظمة ضمنية

شخصية عملية . جامدة . حرفية		الأصالة / الذكاء		شخصية نظرية . تصورية . رمزية
	٢- مرتفع الأصالة . مرتفع الذكاء. (نمط حدسى) غير تقليدى . متخذ المخاطرة . منطوى . منعزل . مركز حول ذاته.		١- مرتفع الأصالة . منخفض الذكاء. (نمط خيالي) غير مساير . منفصل عن الآخرين ، خيالي، منبسط ومنطلق . متطلع لذاتــه	
	٤- منخفض الأصالة . مرتفع الذكاء. (نمط عقلى) تقليدى . متبع القواعد . منطقى . انطوائى . مستقل . واق للمجتمع . واثق بذاته.		٣- منخفض الأصالة . منخفض الذكاء. (نمط مجتهد) راض . مساير . مثابر . متسلط . تابع . صدوق . منكر لذاته	
	(علمى . مهنى)		(تجارى . خدوم)	

شخصية منتظمة واضحــة

٢- مقياس العصاب النفسى : Neuropsychiatric Scale

٣- مقياس القلق : Anxiety (الصورة المعدلة).

٤- مقياس الكبت : Repression (الصورة المعدلة).

وتمثل المقاييس الثلاثة (٢،٣،٤) متغيرات العصابية فى الدراسة الحالية.

٥- المحتوى التفضيلى لحركة الشكل : Movement

يتضمن المقياس أشكالاً لها صفة الحركة المحددة، وهـــى ٦٢ شـــكلاً (٣١ أحب + ٣١ لا أحب) والدرجة المرتفعة توضح تفضيل الفرد لحركـــة الأشـــكال، والدرجة المنخفضة تمثل رفض حركة الأشكال.

٦- الشكل والأرضية : Figure- Background

يحتوى هذا المقياس على ٢٨ شكلاً (٤ أحـــب + ١٤ لا أحـــب)، الأولـــى أشكال فاتحة على أرضية مظلمة، والثانية أشكال غامقة على أرضية فاتحة، وكلما

ارتفعت الدرجة كلما زاد التفضيل لعكس الأشكال المألوفة العادية، ويرى معـــهد الاختبار أن الأشكال العادية المألوفة هى الأشكال القائمة على أرضية فاتحة.

تقنين الإختبار على عينات مصرية :

قام الباحث بتقنين الاختبار من حيث الثبات والصدق علـــى العديـد مـن العينات المتنوعة من حيث السن والجنس والمستوى التعليمى، وبعض عينات غير العاديين من المتخلفين عقليا والصم وضعاف السمع، ويمكـــن مراجعـة ملاحـق الدراسة ص٢٨ للتعرف على معاملات الثبات والصدق والتائيات.

ثانياً : الارشاد باللعب Play Counseling

يستفاد من اللعب فى عملية العلاج النفسى أو الإرشاد والتوجيـــه النفســى للطفل المصاب باضطرابات نفسية، ذلك بتفريغ انفعالاتـــه ورغباتـــه ونزعاتـــه العدوانية ومخاوفه وتوتراته وقد استخدم "ســـيموندس" Symonds (١٩ــ١٣٥) اللعب الخيالى لعلاج حالات القلق والتوتر عند الأطفـــال واســتخدمت "هرميــن هلموث" H. Helmuth (٥ــ٢٨٦) اللعب التلقائى فى علاج الأطفال المضطربين نفسياً وافترضت أن ما يقوم به الطفل خلال اللعب الحر يرمــز إلـــى الرغبـات والمخاوف والصراعات اللاشعورية ويرى "محمـــد رفقـــى" (١٩٨٧ــ ١٥٢) أن الألعاب التربوية تنقسم إلى ثلاث فئات رئيسية وهى ألعاب مونتســـرى، الألعـــاب المعرفية، الألعاب الاجتماعية والنموذج المستخدم فى الدراسة الحالية هـــو لعبـة المنزل وتتكون من منزل من الكرتون المقوى على هيئة ثلاثة أضلاع بـــهدف أن يسهم غياب الجدار الرابع فى تيسير اللعب على الأطفال بالإضافة إلى نماذج مـــن الأثاث المنزلى وكذلك الدمى الممثلة لأفراد الأسرة (الوالد، الوالدة، الأخوة).

والأسلوب المستخدم فى تقديم هذه اللعبة، يقوم الباحث أولاً بتحديد الأهـداف والخطوات ثم يقدم النشاط، حيث توزع الدمى على الأطفال ليقوم كل طفل بـــالدور

الخاص بها، بعد أن يتعرف الطفل على مرافق المنزل ومكوناته، ويقوم بترتيب المنزل وتمثيل خبرة يومية حياتية من خلال التوجيه والإرشاد من الباحث ومن خلال الاستثارة بالسؤال : ماذا نفعل كل يوم ؟ كذلك يقوم الباحث بإدارة حوار حول استخدامات كل جانب من جوانب المنزل والأدوار الاجتماعية المتعلقة بالأفراد؛ مثل ماذا يفعل بابا وماذا تفعل ماما إذا .. ؟ وماذا يقول الأخوة إذا ... ؟

وهكذا سلسلة من التساؤلات التى تفجر الصراعات الداخلية داخل الأطفال، وتساعد على التنفيس الانفعالى وطرح اللاشعوريات السالبة، وتخفيف حدة التوتر والكبت، مع قيام الباحث باحلال المشاعر الايجابية البديلة فى ضوء ما تعانيه كل حالة من حالات الأطفال، ومحاولة ضم آراء الأطفال الآخرين لتلك المشاعر الإيجابية البديلة.

وقد حدد الباحث ٦ جلسات لمدة أسبوع للحالات العصابية التى تكشف لدى عينات الدراسة (خلال تطبيق اختبار تفضيل الشكل) ثم يعاد بعد إنهاء عملية الارشاد تطبيق المقياس مرة ثانية واستنتاج دلالة الفروق ومدى تأثير استخدام الارشاد باللعب فى خفض تلك الاستجابات العصابية.

نتائج الدراسة فى ضوء الفروض :

١ـ الفرض الأول :

يختلف نموذج الشخصية فى ضوء درجات الأصالة ـ الذكاء، كما تقاس باختبار تفضيل الشكل (قياس الشخصية)، بين كل من الأطفال الصم وضعاف السمع والعاديين.

للتحقق من الفرض الأول، قام الباحث بعد تطبيق اختبار تفضيل الشكل على عينات البحث، بتحويل الدرجات الخام الممثلة لمتوسط درجات كل عينة إلى درجة تائية. وفقا للجدول (٦ ص ٣٦ بالملاحق) ثم حدد نموذج الشخصية فى

ضوء درجات الأصالة الذكاء لكل عينة من عينات البحث، والجدول التالى يوضح ذلك :

جـدول (٢)

يوضح الدرجات التائية للأصالــة ـ الذكاء ونموذج الشخصية لعينات الدراسة

البيانات / العينـة	الأصـالـة			الـذكــاء			نموذج الشخصية
	خام	تائية	الدلالة	خام	تائية	الدلالة	
الصـم	٢١	٤٤	منخفض	٣٩	٤٧	منخفض	نمط مجتد
ضعاف السمع	٣٠	٤٩	منخفض	٤٠	٦٣	مرتفع	نمط عقلى
العاديـون	٨١	٧٧	مرتفع	٤٩	٧٦	مرتفع	نمط حدسى

ونماذج الشخصية السابقة يمكن تفسيرها فى ضوء النموذج المقـترح مـن "ولش" Welsh ،راجع ص١٩)، فالنمط المجتهد (الصم) راض بالواقع ومسـاير له مع بعض المثابرة للتغلب على الإعاقة والتبعية للآخرين لمساعدته على اعاقته، ولكنه فى نفس الوقت منكر لذاته، النمط العقلى (ضعاف السمع) تقليدى فى سلوكه ومتبع للقواعد ولكنه انطوائى لضعف سمعه يضيـف عليـه الانطـواء بعـض الاستقلالية ويعطيه بعض الثقة الذاتية، أما النمط الحدسى (عاديون) فـهو غـير تقليدى، محب للمخاطرة والتجريب، تساعده حواسه على ذلك، ويركـز اهتمامـه حول ذاته، وقد يؤثر فيه ذلك فيكون لنفس عالما خاصاً انعزاليا ليخقق فيه تطلعاته للمستقبل ليحقق أقصى طاقة تسمح بها قدراته.

ويتبين من السابق تحقق الفرض الأول من الفروض، حيث اختلفت نمـاذج الشخصية لعينات البحث وتتفق نتائج الفرض الأول مع ما ذكره مصطفى فـهمى (١٩٦٥) عن شخصية الطفل الأصم وكذلك ما ذكره صموئيل مقاريوس (١٩٦٩) مختار حمزة (١٩٦٤ــ ٩٩) وما جاء به لويس ديكارلو (١٩٥٩) L. Dicarlo.

٢- الفرض الثاني :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الأطفال الصم والأطفال ضعاف السمع فى متغيرات العصابية (العصاب النفسى ــ القلق ت الكبت) كما تقاس باختبار تفضيل الشكل (قياس الشخصية).

جدول (٣)
يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية فى متغيرات العصابية لدى الأطفال الصم وضعاف السمع والعاديين

	الدرجة النهائية	الصم		ضعاف السمع		العاديون	
		م	ع	م	ع	م	ع
العصاب النفسى	٤٠	٣٥,٢٧	١١,١٩	٣٠,٣٩	١١,٣٦	١٥,٢٢	٣,٠٤
القلق	٥١	٤٤,٣٨	١٠,٦٠	٣٩,٥٢	١٢,٠٦	١٨,١٦	٤,٩١
الكبت	٥٣	٢٤,٤٥	٧,٢٠	٢٠,٩٠	٧,٤٣	١٩,٧٩	٦,٠٣

جدول (٤)
يوضح دلالة الفروق فى متغيرات العصابية بين الأطفال الصم والأطفال ضعاف السمع

	الصم		ضعاف السمع		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
العصاب النفسى	٣٥,٢٧	١١,١٩	٣٠,٣٩	١١,٣٦	١,٢٠	غير دالة
القلق	٤٤,٣٨	١٠,٦٠	٣٩,٥٢	١٢,٠٦	١,١٩	غير دالة
الكبت	٢٤,٤٥	٧,٢١	٢٠,٩٠	٧,٤٣	١,٢٥	غير دالة

للتحقق من الفرض الثانى قام الباحث بإيجاد المتوسطات والانحرافات المعيارية فى متغيرات العصابية لدى عينات البحث (جدول ٣) وبالنظر للدرجات النهائية لمتغيرات العصابية والمتوسطات لدى عينات البحث، يتضح ارتفاع متوسطات درجات العصابية لدى عينة الصم وضعاف السمع وانخفاض

متوسطات العصابية لدى عينة العاديين، ثم قام الباحث بإيجاد دلالة الفروق في متغيرات العصابية بين عينة الصم وضعاف السمع (مرتفعي العصابية) فتبين أن الفروق غير دالة (جدول ٤) أى أن متغير العصابية لا يختلف لدى الصم عنه لدى ضعاف السمع وبذلك يتضح تحقق الفرض الثانى من فروض الدراسة الحالية، يتفق ذلك مع ما جاء في دراسة "كاهن هاريس" K.Harris (١٩٥٧ــ ١٥٥) دراسة ليفين آدنا L.Edna (١٩٥٧ــ ٢١٧) دراسة سبرنجر (٢٧ــ ٦٢) دراسة زينب اسماعيل (١٩٦٨) دراسة أحمد عبد اللطيف (١٩٧٦) دراسة نهى اللحامى (١٩٨٠) ومع ما ذكره مصطفى فهمى (١٩٧٦ــ ١٠٩) من حيث أن الفرق بين الصم وضعاف السمع هو فرق فى الدرجة.

٣ــ الفرض الثالث :

يختلف المحتوى التفضيلى لحركة الشكل، الشكل والأرضية بين الأطفال الصم وضعاف السمع والعاديين، كما يقاس باختبار تفضيل الشكل (قياس الشخصية).

جدول (٥)

يوضح الدرجة التائية لحركة الشكل والشكل والأرضية لعينات الدراسة

المتغيرات / العينة	حركة الشكل			الشكل والأرضية		
	خام	تائية	الدلالة	خام	تائية	الدلالة
الصم	٣٠	٤٣	منخفض	٤٣	٧٣	مرتفع
ضعاف السمع	٣٨	٥٩	مرتفع	٣٩	٥٩	مرتفع
العاديون	٤٠	٦٤	مرتفع	١٧	٤٧	منخفض

للتحقق من الفرض الثالث، قام الباحث بتحويل الدرجات الخام الممثلة لمتوسط درجات كل عينة من عينات الدراسة فى متغيرات حركة الشكل، والشكل والأرضية إلى درجة تائية وفقاً للجدول (٦) ص ٣٦ بالملاحق.

ويتضح من الجدول السابق (٥) بالنسبة لحركة الشكل أن الأطفال الصم يفضلون ثبات حركة الأشكال أى التى لها ثبات محدد فى المظهر وينقصها الشكل الحركى وهذا يتوافق مع ما تعانيه تلك الفئة من متغيرات للعصابية، بينما يتضح أن ضعاف السمع والعاديين يفضلون الأشكال التى لها صفة الحركة والتى ليس لها ثبات محدد فى المظهر، وهذا يتوافق مع اتصالية تلك العينات مع البيئة المحيطة، فالعاديين يدركون كل ما يحيط بهم وضعاف السمع تساعدهم أجهزة السمع Hearing Aid على ذلك.

وبالنسبة للشكل والأرضية يتضح من الجدول (٥) أن الأطفال الصم وضعاف السمع يفضلون الشكل الأبيض الفارغ على الأرضية المزدحمة (شكل فاتح على أرضية مظلمة).

وهذه الاستجابة غير مألوفة وغير عادية، وتتناسب مع ما يعانيه أفراد تلك العينات من عصابية وسوء تكيف، بينما يتضح أن عينة العاديين تفضل الأشكال المظلمة المبينة على أرضية فاتحة أى الشكل المبنى على أرضية خالية، وهذا ما يميل إليه غالبية الأشخاص العاديين.

ويمكن الاستفادة من النتائج السابقة فى نوعية الأشكال التى تقدم لضعاف السمع والصم من خلال المناهج الدراسية والوسائل الإيضاحية المساعدة، وكذلك فى دروس التربية الفنية، أو طبيعة الألعاب المجسمة وغير المجسمة التى تقدم لتلك الفئات.

ويتضح من السابق تحقق الفرض الثالث من فروض الدراسة الحالية، وتتفق تلك النتيجة مع ما جاء فى دراسة "النيدى" Allende (١٩٦٦).

٤ـ الفرض الرابع :

يمكن تقويم الحالات العصابية لدى الأطفال الصم وضعاف السمع باستخدام أسلوب الإرشاد باللعب.

للتحقق من الفرض الرابع قام الباحث باعداد ٦ جلسات ارشادية لمدة أسبوع لعينتى الصم وضعاف السمع وباستخدام لعبة المنزل ثم أعيد تطبيق اختبار تفضيل الشكل.

جدول (٦)

يوضح دلالة الفروق بين التطبيق القبلى والبعدى لمتغيرات العصابية لدى عينة الصم وضعاف السمع

	الصم					ضعاف السمع				
	قبلى		بعدى		قيمة ت	قبلى		بعدى		قيمة ت
	م	ع	م	ع		م	ع	م	ع	
العصاب النفسى	٣٥,٢٧	١١,١٩	٣٤,١٦	٧,١٤	-٢,٣٨	٣٠,٣٩	١١,٣٦	٣٥,٩٨	٧,٤٣	١,٢٦
القلق	٤٤,٣٨	١٠,٦٠	٣٨,١١	٧,١٤	-١,٩٧	٣٩,٥٣	١٣,٠٦	٢٣,١٦	٧,١٤	-٢,٠٦
الكبت	٢٤,٤٥	٧,٢١	٣,٣٣	٣,٢٢	-١,٨٣	٢٠,٩٠	١٩,١٣	١٨,٠٣	٤.١٥	١,٣٣

* مستوى الدلالة ٠,٠٥ * مستوى الدلالة ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق انخفاض درجات متغيرات العصابية لدى عينات الصم وضعاف السمع بعد إجراء الجلسات الارشادية وباستخدام أسلوب الارشاد باللعب (لعبة المنزل)، ودلالة الفروق بين التطبيق القبلى والبعد ذات دلالة لدى عينات الصم، ويعود ذلك للانفصال التام لتلك الفئة عن البيئة المحيطة، وما تسببه لهم عاهة الصم من سوء توافق، ولذلك أتاحت لعبة المنزل لهم فرصة التنفيس الانفعالى والتفريغ لما يعانوه من اضطرابات عصابية، أما بالنسبة لعينة ضعاف السمع اتضحت دلالة الفروق فى متغير القلق فقط، وبالنسبة للعصاب النفسى والكبت حدث انخفاض ولكنه غير دال، وقد يعود ذلك إلى قصر مدة البرنامج الارشادى وكذلك يوضح فى الاعتبار استخدام تلك الفئة للوسائل السمعية المساعدة Hearing Aid والتى تحافظ على الاتصالية بينهم وبين العالم المحيط، وبالتالى قد تعود تلك العصابية إلى أبعاد أخرى، غير ضعاف السمع من البيئة المنزلية أو المجتمع المحيط.

ويتضح من السابق تحقق الفرض الرابع بصورة جزئيـــة، حيـث أثبتـت أسلوب الإرشاد المستخدم فعالية لدى الصم بصورة أفضل عن ضعاف السمع.

ويتفق ذلك مع ما ذكره محمد عبد المجيد (١٩٨٢) أن مواجهة الطفل لبيئته عن طريق اللعب يتيح له فرصة تكوين اتجاهات ايجابية نحو الآخرين ونحو ذاته، وكذلك ما ذكره حامد زهران (١٩٨٠) من أن الإرشاد باللعب فرصـــــة للتعبـير والتنفيس الانفعالى عن التوترات التي تنشأ عن الصراع والاحباط وكذلـــك تتفـق تلك النتائج ما جاء فى دراسة أولين فيولا O.Viola (١٩٧٥).

- **توصيـــات الدراســـة :**

من نتائج الدراسة يمكن صياغة التوصيات التالية :

١- التبكير بعملية التأهيل المهنى للصم وضعاف الســـمع، فـى ضــوء أنمـــاط الشخصية المحددة لهم على أن يبدأ ذلك التأهيل بالتوجيه أولاً، ثــم التدريـــب المهنى، ثم التشغيل والمتابعة لضمان الاستقرار فى العمل المختار.

٢- القيام بالدراسات المسحية الشاملة للوقوف على أعداد الصم وضعاف الســمع، وإعداد العاملين فى الميدان وتأهيلهم ومراجعة التشريعات والقوانين المتعلقـــة بهم.

٣- بناء مناهج خاصة بالصم وضعاف السمع، تأخذ بعين الاعتبـــار احتياجاتـــهم الفردية وتطبيق مبدأ التدخل المبكر والذى يقصد به التبكير فى بداية التدريـــب العملى والنظرى فى المراحل التعليمية الأولى.

٤- اختيار النوع المناسب من أنماط اللعب للطفل الأصم وضعيف الســـمع بمـــا يتمشى مع طبيعة الإعاقة.

٥- يجب أن تكون الفصول ذات مساحة كبيرة وفى مكان هادئ مع توفر وســائل الايضاح المناسبة.

٦- القيام بالفحص الطبى والنفسى الدورى والشامل، وزيادة الاهتمام بالتدريبات والتمرينات التعليمية، وتفهم أسباب الاضطرابات النفسية، وتنمية الهوايات ونواحى النشاط الترفيهى.

- **بحوث مقترحة :**

أوضحت الدراسة الحالية الحاجة لإجراء البحوث التالية :

١- تفضيل الشكل كأسلوب فارق لشخصية الذكور والإناث من المعوقين سمعياً.

٢- اثر استخدام العلاج السلوكى فى خفض حالة وسمة القلق لدى المعوقين سمعياً.

٣- الدلائل الإكلينيكية لاستجابات المعوقين سمعياً على اختبار التات، الرورشاخ.

٤- اعداد برنامج تربوى ـ تأهيلى للمعوقين سمعياً فى مرحلتى الطفولة والمراهقة.

٥- دور الإقامة الداخلية والخارجية فى تحقيق التوافق لدى المعوقين سمعياً.

جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية
كلية العلوم العربية والاجتماعية بالقصيم
قسم التربية وعلم النفس

ملخص دراســـــــة

تفضيل الشكل كأسلوب فارق لشخصية الأطفال الصم وضعاف السمع وأثر استخدام الإرشاد باللعب فى خفض الاستجابات العصابية

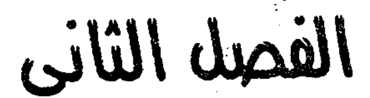
د./ عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم محمد
أستاذ مشارك الصحة النفسية
رئيس قسم التربية وعلم النفس

تزايدت فى السنوات الأخيرة الدراسات التى تناولت الطفولة بوجـــه عـــام، والطفولة المعوقة بوجه خاص فى محاولة لتحويلها إلى طاقة منتجة قادرة علـــى العطاء، وقد اهتم الدين الاسلامى بحقوق الطفل وكفل حماية المعوقين ورعايتهم.

تحددت مشكلة الدراسة الحالية فى محاولة التعرف على نماذج الشـــخصية لدى كل من الصم وضعاف السمع، وطبيعة الاستجابات العصابية لديهم، وكذلـــك التعرف على المحتوى التفضيلى للأشكال لديهم، ثم معرفة دور الإرشاد بـــاللعب فى خفض الاستجابات العصابية التى تناولت متغيرات الدراسة، ولذلك اسـتعراض الباحث بعض الدراسات التى تناولت متغيرات الدراسة، ومنها تم صياغة فـروض أربعة لتحقيقها فاستخدمت ثلاث مجموعات، المجموعة التجريبية الأولى (الصـــم) وعددها ٣٢ طفلاً، المجموعة التجريبية الثانية (ضعاف السمع) وعددها ٣٠ طفلاً، المجموعة التجريبية الثالثة (العاديون) وعددها ٣٤ طفلاً، وتمثلت أداة الدراسة فـى اختبار تفضيل الشكل "قياس الشخصية Welsh Figure Preference" وهو مـن اعداد ج ولش حصل الباحث على موافقة كتابية مـــن المؤلـــف لاعـــداده للبيئـة العربية، والاختبار يتكون من ٤٠٠ شكل أبيض وأسود والمطلوب أن يحدد الفـــرد

أى من الأشكال يحب أو لا يحب، وكذلك استخدام الباحث "لعبة المنزل" كأسلوب للارشاد باللعب للاستجابات العصابية التى تتكشف لدى عينات الدراسة.

أوضحت نتائج الدراسة فى ضوء درجات الأصالة ـ الذكاء، أن نموذج الشخصية لدى الصم هو النمط المجتهد، ولدى ضعاف السمع هو النمط العقلى، ولدى العاديين هو النمط الحدسى، ولكل نمط سماته المميزة، واتضح كذلك أن الأطفال الصم وضعاف السمع استجاباتهم عصابية حيث ارتفعت لديهم درجات العصاب النفسى والقلق والكبت، وتبين كذلك أن الأطفال الصم يفضلون ثبات حركة الأشكال، بينما يفضل العاديين وضعاف السمع والأشكال التى لها صفة الحركة وليس لها ثبات محدد فى المظهر، وكذلك يفضل الأطفال الصم وضعاف السمع الشكل الأبيض الفارغ على الأرضية المزدحمة وتلك استجابة غير مألوفة، واتضح كذلك أنه باستخدام أسلوب الارشاد باللعب تنخفض الاستجابات العصابية لدى الصم وضعاف السمع، وأن كان لدى الصم بصورة أفضل، وفى ضوء تلك النتائج صاغ الباحث مجموعة من التوصيات والدراسات المقترحة.



- طرق قياس الإعاقة السمعية.
- الافيزيا (احتباس الكلام)
- طرق تعليم الصم وضعاف السمع.
- برنامج فى التربية الأمانية باستخدام الكمبيوتر لتعليم الأطفال المعوقين سمعياً.
- أثر مشاركة الوالدين فى تحصيل الرياضيات ومستوى الصحة النفسية للطلبة المعوقين سمعياً.

طلال صالح عبد الرحيم جودي باسل الهوري

طرق قياس الإعاقة السمعية

تتعدد الطرق والأساليب التى تستخدم للكشف عن الإعاقة السمعية ومن بينها الملاحظة والاختبارات السمعية الأولية كاختبار الهمس والشوكة الرنانة والمقاييس الدقيقة عن طريق جهاز السمع الكهربائى أو الأديوميتر.

أولاً : طرق القياس الأولية أو المبدئية

١- طريقة الملاحظة : Observation

وهى إحدى الطرق التى يتم بها جمع البيانات وتستخدم فى عملية التشخيص المبكر لحالات الإعاقة السمعية التى سبق ذكرها.

٢- اختبارات الهمس : Whispering

وهى اختبارات أولية يمكن للوالدين والمدرسية أجراءها على الطفل المعاق سمعياً بحيث يقف الشخص المختبر للإعاقة خلف الطفل أو بجانبه ثم يخاطبه بصوت منخفض فى صورة همس ثم الابتعاد تدريجياً حتى يصل إلى مسافة لا يسمع الطفل الصوت عندها ويجرى هذا الاختبار على الأذن اليمنى ثم الأذن اليسرى.

٣- اختبار الساعة الدقاقة :

وفيها يطلب من الطفل المراد فحص درجة السمع لديه وهو مغمض العينين الوقوف عند النقطة التى يسمع عندها الفرد العادى صوت الساعة فإذا ما تعذر عليه سماع الصوت عند هذه النقطة يتم تقريب الساعة من أذنه بالتدريج حتى يمكنه سماع دقاتها وتحسب المسافة من الوضع الأخير ومقارنتها بالوضع العادى، إذا كانت أقل من نصف المسافة.

ثانياً : طرق القياس الدقيقة :

لدى العاديين زاد الاحتمال بأن المفحوص ضعيف السمع.

جهاز قياس السمع الكهربائى (الأديوميتر) :

يبعث هذا الجهاز أصواتاً مختلفة من حيث التردد والشدة.وينتقل الصوت إلى المفحوص عبر سماعة خاصة ليحدد النقطة التى يبدأ عندها فى سماع الصوت لنوع معين من التردد، وتسمى هذه النقطة بعتبة السمع ويقاس التردد لكل أذن على حده وتسجل النتائج عن طريق رسام السمع الكهربائى (الأدويوجرام) ويترتب على الزيادة أو النقصان فى مستوى التردد الصوتى تغيرات فى شدة الصوت وحدته.

وتقدر شدة الصوت عن طريق معرفة عدد الوحدات الصوتية التى يتم عندها سماع الصوت ويتدرج مقياسها من ١٠ــ١٢ ديسبل (وحدة قياس السمع) فالصوت الهامس من مسافة مترين تقريباً يسجل على مؤشر الاديوميتر حوالى ١٠ ديسبل بينما يسجل الكلام فى حالة المحادثة العادية من مسافة أربعة أمتار حوالى ٢٠ ديسبل. ومستوى السمع الذى يقل عن المعدل العادى يشير إلى وجود مشكلات سمعية حيث أن أقل ٢٥ــ٣٠ ديسيبل يعنى فقدان سمعى بسيط وأعنى من ٦٠ ديسيبل إلى أن يصل إلى أشد حالات العجز السمعى (صمم كلى أو تام) عندما يبلغ ٩١ ديسيبل فأكثر.

الأفيزيا (احتباس الكلام)

Aphasia

وهو اصطلاح يونانى الأصل يتضمن مجموعة العيوب التى تتصل بفقد القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوق بها أو إيجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات التى تستعمل فى الحديث وبذلك يقتصر لفظ (أفيزيا) على العوارض المرضية الكلامية. وقصد العلة فى هذا العوارض المرضية يتصل بالجهاز العصبى المركزى. ويرجع الاختلاف فى نوع الإعاقة تبعاً لموضع الإصابة فى هذا الجهاز.

أنــــواع الأفيـــزيا :

١- أفيزيا حركية أو لفظية	Motor [verbal]
٢- أفيزيا حسيه أو فهمية	Sensory
٣- أفيزيا كلية أو شاملة	Total
٤- أفيزيا نسيانية	Annestic

أولاً : الأفيزيا الحركية أواللفظية :

وفيها يفقد الطفل التعبير الحركى الكلامي وهو نوع من العيوب الكلاميـــة التى يطلق عليها احتباس الكلام وفيها يفقد الطفل القدرة على التعبـــير لدرجـــة لا يتعدى فيها محصوله اللغوى كلمة "نعم" أو "لا" أو عجزاً فى قدرته علــــى الفــهم والسمع ولكن تكون الإصابة قاصرة على مركز الحركة لأعضاء الجهاز الكلامـى نتيجة إصابات نتيجة حوادث بسبب الولادة أو إصابة الأم أثناء الحمل أو إصابــات فى الرأس بعد الولادة.

ثانياً : أفيـزيـا حسيـة :

تنشأ من خلل فى خلايا المركز السمعى الكلامى فى المخ وبالأخص فـــى الخلايا التى تساعد على تكوين الصور السمعية للكلمات والأشكال وينتج عن ذلـك ظاهرة مرضية كلامية معروفة باســـم "العمــى الســمعى" Blind edeafness والمصاب بهذه العلة يفقد القدرة على تمييز الأصوات المسموعة وإعطائها دلالتـها اللغوية بمعنى أن يسمع الحرف كصوت، إلا أنه يتعـذر عليــه ترجمـة مدلـول الصوت الحادث وينتج عن ذلك أن يبدل الحرف بحرف آخر (وخاصة الحـروف الساكنة) عند الكلام، وهنا يصبح الكلام غامضاً، متداخلاً، غير مفهوم، لأن نطــق الطفل يختلف عن النماذج الكلامية العادية المألوفة.

والمشكلة كما تبدو فى مثل هذه الحالات لا تتصل بالقدرة السمعية لدى الفرد فهى عادية، بل تنشأ عن اضطراب فى القدرة الإدراكية السمعية (Auditor inperception).

مثال : طفل يعانى نقص بحرف (الباء) وابداله حرف (فاء) فى أثناء السمع وليس فى أثناء الكتابة وقد يكون هذا الخلل جزئياً فيظهر النقص فى بعض الحروف دون الأخرى أو كلياً يشمل معظم الحروف الهجائية.

أنواع الأفيزيا الحسية :

١- العمى اللفظى Word blindness Alexia وفيه الطفل يستطيع قراءة الكلمات المكتوبة إلا أن القراءة تكون غير مضبوطة أى بها تبدل للحروف أو قلبها أو عكسها. وكثيراً ما يكون الإبدال جزئياً وفى الحروف المتشابهة كحرف السين والشين والجيم والخاء وقد يكون كلياً لكل الحروف الأبجدية. والعلاج يتم بتدريب المصاب على ربط المقاطع المكتوبة بنطقها وتستخدم لغة الإشارة ولغة قراءة الشفاه فى ذلك.

٢- الافيزيا الحسية مضادات الألفاظ (Echolalia) وهى لا تتعدى تكرار الكلمات أكثر من مرة.

٣- افيزيا حسية فهمية Sensory : وفيها تنحصر المشكلة فى فهم مدلول الكلمات وما تتضمنه من معنى، فالمصاب حينئذ يستطيع أن يتمتم بكلمات صحيحة النطق، وسليمة من حيث مخارج الحروف، إلا أن هذه الكلمات لا ارتباط بينها ولا تدل على معنى تام إذا اقترن بعضها ببعض.

٤- افيزيا تتصل بأخطا فى قواعد اللغة وتعرف باسم (Paragrammatism) وفيها الطفل لا يراعى القواعد النحوية أو قواعد الأسلوب التى تستعمل بالكتابة أو الحديث.

ثالثاً : أفيـزيـا كليـة :

هى احتباس كلام مع اضطرابات فى القدرة على فـــهم مدلــول الكلمـــات المنطوقة أو المكتوبة (أفيزيا حسية) بالإضافة إلى عجز جزئى فى الكتابة ويرجـع السبب فى ذلك إلى إصابة الشخص بجلطة دموية أو الإصابة بنزيف مخى ينتـــج عنه تورم وضغط على بعض الألياف والأنسجة ويترتب على ذلك شلل نصفى.

رابعاً : أفيزيـا نسائية :

وفيها المصاب يكون غير قادر على تسمية الأشياء والمرئيات التى تقع فـى مجال إدراكه، بمعنى أننا إذا أشرنا إلى شئ وطلبنا منه تسميته، نجـــد اســتجابته الكلامية تأخذ أحد اتجاهين :

١- فى الحالات الشديدة يلوذ المصاب بالصمت ويتعذر عليه ايجاد الاسم المناسب للمسمى.

٢- فى الحالاتِ الخفيفة يستطيع الطفل إيجاد أسماء الأشياء المألوفة لديه، بينمـــا يعجز عن ذكر الأسماء غير المألوفة، وعلى سبيل المثال أحياناً يعجــز عــن ذكر الاسم ولكن يشير إلى الغرض الذى يستخدم فيه الاسم المطلوب (مثـــال) إذا عرضنا على الطفل (نظارة) فيفكر ويطيل التفكير ويؤكد أنه يعرف الاسم، وأخيراً يشير بيديه إلى عينيه إشارة تفيد بغرض استخدام النظارة.

علاج الأفيزيـــــا :

أشار مصطفى فهمى (١٩٨٥) إلى أنه ليس هناك منهج ثـــابت يتبــع فيــه العلاج، وذلك لأنه قلما توجد حالة تشابه الأخرى مـــن حيــث درجــة الإصابــة ونوعها.

ويصلح العلاج للافيزيا الحركية حيث كل ما يحتاج إليه المصاب هو وضع الشئ المراد معرفة اسمه أمامه ثم ننطق باسمه ونكرر النطق بالاسم مع الإشـــارة إلى الشئ ونتيجة التكرار يعرف الطفل الأصوات المنطوقة وربطها بمظهر الشئ.

ويحتاج أيضاً إلى جانب هذه التمرينات إلى تدريب يتحكم باللسان والشفاه والحلق. وهذه يستعملها أخصائيون الكلام فى العيادات الكلامية والغرض منها هو مساعدة الطفل على التحكم فى أعضاء الجهاز الكلامى.

ويضاف إلى ما سبق تمرينات خاصة بالحروف المتحركة والساكنة وفى هذا النوع من العلاج يمكن الاستعانة بالمرآة لمعرفة حركات اللسان عند إحداث كل صوت على حدة وبالتكرار والتدريج يكتسب الطفل عند طريق الخبرة الجديدة كلاماً سليماً خالياً من كل عيوب. ومع ذلك لا نغفل أن البيئة التى يعيش فيها الطفل والعوامل النفسية المختلفة كالتشجيع وتقوية الروح المعنوية والسرور لها أثر جيد على سرعة التعلم بينما الصدمات النفسية والاضطرابات الانفعالية بسبب عدم الاستقرار فى البيئة المنزلية، لها آثار سيئة وتعرقل العلاج.

طــرق تعليم الصم وضعاف السمع :

أولاً : أهداف تعليم الصم (اليونسكو ١٩٨٧) :

١- تزويد الطفل بأساليب التعلم الفردى لاكتساب المعارف ومهارات التواصل التى تساعده على نجاح تفاعله مع الآخرين. والتحصيل اللغوى له أهمية كبيرة فى عملية التعليم لأن الطفل يعيش فى ظل أسرة أفرادها يسمعون ومحاط بأناس يتحدثون شيئاً فشيئاً يبدأ هؤلاء فى التحدث إلى الطفل مع استخدام أسلوب القول ثم يتبعها فى الفعل مثل [نقول للطفل أتشعر بالجوع مع الإشارة إلى الفم طلباً للطعام ثم نقدم له الطعام].

وينتهى الأمر بالطفل أن يبدأ فى استخدام كلمة الأكل فى الوقت الذى يشعر فيه بالجوع. وهكذا يتعلم الطفل ضم عدة كلمات بعضها إلى بعض فى حمل مثل [أريد أن آكل] وبذلك يتعلم الحديث فى المنزل وفى المدرسة وبعدها يستطيع الطفل الجمع بين الإشارات والحركات ليعبر عن رغبته. وأحياناً يصادف الطفل صعوبة فى تطابق إشارات والديه مع ما لديه من معرفة عن الإشارات حيث

يصادفه صعوبة فى التحكم فى بعض أصابعه ولكن "لغته" تقترب قليلاً من لغة الوالدين. نجد أن بعض أفراد أسر الصم ليس لديهم خبرة سابقة بكيفية التعامل مع الأطفال الصم، أو ليس لديهم علم بلغة الإشارة مما يؤدى إلى الكفل عن التحدث مع الطفل الأصم ظنا منهم أنه لا يفهم حديثهم، وتقتصر اتصالاتهم به على بضعة أوامر بسيطة وفيما عدا يتركانه لشأنه. وقد يبدأ التردد على مدرسة لأطفال يسمعون فلا يفهم شيئاً مما يدور حوله وبالتالى يعانى هذا الطفل من أثر عزلته اللغوية مشكلات نفسية واجتماعية وفكرية وإذا نظرنا بعمق إلى حالة هذا الطفل نجد أن السبب الرئيسى لمشكلاته هو أن أفراد أسرته فشلوا فى تعليم الطفل مهارات الاتصال ولم يعرفوا كيف يزيلون حاجز الاتصال وبالتالى تضاعفت مشكلات الطفل.

٢- تنمية شخصية الطفل الأصم : وهذا الهدف ضرورى وهام لأن الطفل الأصم بحاجة إلى تنمية شخصية مزدوجة كأعضاء فى مجتمع من الصم، وكأعضاء فى المجتمع ككل، ولكى ننمى ذلك لابد من أن تتاح لهم فرص اللقاء مع أطفال راشدين يستخدمون لغة الإشارة وكذلك تتاح لهم فرص اللقاء مع أطفال راشدين يسمعون. وقد تساعد بعض برامج الدمج أى دمج الأطفال الصم مع الأطفال العاديين فى تحقيق ذلك الهدف، مع العلم بأن الأطفال الصم لديهم كل ما لدى سائر الأطفال من إمكانيات فى النمو العقلى والبدنى والاجتماعى والثقافى والوجدانى.

٣- تنمية المشاركة الاجتماعية فى حياة المجتمع الذى يعيشون فيه بأن يتاح للأطفال الصم نفس فرص المشاركة فى حياة مجتمع البالغين بشرط أن تتاح لهم إمكانيات الالتقاء بغيرهم من الصم، وفرص اتخاذ القرارات التى تنظم حياتهم مما يؤدى إلى اكتسابهم ثقة بالنفس تساعدهم على نجاح المشاركة والاندماج فى حياة مجتمع أفراده يسمعون. ولتحقيق هذا الهدف أيضاً لابد من

وضع برامج قبل مدرسية وإنشاء أقسام مدرسية تخصص للأطفال الصم مع تزويدها بمعلمين يتميزون بمعلمين يتميزون بتدريب خاص فى تربية الصم حيث أن خبرة هؤلاء المعلمين وتجاربهم يمكن أن تكون أكثر جدوى فى حالة جمع الأطفال الصم فى مدارس خاصة مع إنشاء برامج للتدريب المهنى الذى يلبى حاجات الأطفال الصم فى مجال الاتصال.

ثانياً : طرق تعليم مهارات التواصل لدى الصم وضعاف السمع

اهتمت البرامج التعليمية فى تربية المعوقين سمعياً وتأهيلهم اجتماعياً إلى تدريبهم على طرق ومهارات اتصال فعالة تتلاءم ودرجات إعاقتهم بغرض الاندماج فى الحياة الاجتماعية، واختلفت الفلسفات التى بنيت عليها هذه الطرق كما يعتمد استخدامها على درجة الفقدان السمعى ومن ثم الحاسة التى يتم استخدامها بدرجة أكبر فى تعلم المهارات التوصلية ومن هذه الطرق ما يقوم على أقصى استغلاله ممكن لما قد يتوفر لدى المعوقين سمعياً من بقايا سمعية يمكن استثمارها على تحسين مقدرته اللغوية والكلامية وتنميتها ولا توجد طريقة واحدة تناسب جميع المعوقين سمعياً من حيث درجة الإعاقة وتوقيت اكتشافها وكل طريقة لها مميزاتها أو عيوبها ومن هذه الطرق :

١- طريقة التدريب السمعى Auditory Training

وهى طريقة تستخدم فى اكتساب مهارات الاتصال اللغوية وترتكز على بقايا السمع لدى الطفل والمحافظة عليها وتنميها واستثمارها كلما أمكن وتلائم ضعاف السمع الذين بإمكانهم التقاط بعض الأصوات باستخدام لمعينات السمعية أو بدونها، ويتم فيها تعويد الطفل ملاحظة الأصوات المختلفة والدقيقة والتمييز بينها والإفادة من المعينات السمعية فى توصيلها إلى الطفل للتدريب على سماع ما يصدر عن الآخرين وكذلك ما يصدر من أصوات تمكنه من إخراجها وتقليدها وتكريرها مع تدريبه على تهذيب وتنظيم عملية التنفس وعلاج عيوب النطق كما

تعتمد على تشخيص ضعف السمع والتدريب المبكرين عن طريق متخصصين فى السمع والتدريب السمعى ومشاركة الوالدين فى هذه العملية بعد تلقينهما المساعدات الفنية اللازمة لذلك فى هذا الشأن.

٢ـ طريقة التخاطب بلغة الإشارة :

إن طابع لغة الإشارة يحدده حجم وصفات الجماعة التى تستخدمها. وينبغى للمرء أن يفصل لغة إشارة استقر بها المقام وتستخدمها جماعة كبيرة من الناس على لغة أخرى لم يمض عليها وقت طويل ويستخدمها أناس لا يجمع بينهم سوى تنظيم واه لن يكتب له الدوام.

وتتأثر لغات الإشارة بلغات الكلام التى يستخدمها أناس يسمعون يقيمون فى نفس المنطقة. فكثيراً ما يستخدم الأشخاص الصم حركات شفاه يحاكون بها كلمات معينة وهم عادة لا يأتون أية أصوات بل يكتفون بتحريك شفاههم فى صمت. ومن الأفضل أن تختار لغة إشارة تستخدم فى نفس منطقة لغة الكلام المستخدمة فى تعليم القراءة والكتابة للأطفال الصم. غير أنه يمكنك أيضاً أن تضع فى اعتبارك اللغة التى يستخدمها أباء هؤلاء الأطفال. فربما كان بعض الأطفال قد حصل قليلاً من لغة الكلام وبعض مهارات قراءة الكلام : وربما كان أفضل شئ بالنسبة لهؤلاء الأطفال أن تستخدم لغة إشارة مستخدمة فى المنطقة التى ينتمون إليها أصلاً.

ولغات الإشارة تتشابه فيما بينها من بعض النواحى. وسوف نورد فيما يلى وصفا للسمات المشتركة بين جميع لغات الإشارة، مما يعطيك فكرة عما يمكنك أن تتوقعه عندما تبدأ فحص لغات الإشارة المستخدمة فى المجتمع وتعلم إحداها.

أ ـ الإيماء والحركات

تعمد جميع لغات الإشارة إلى استغلال حقيقة أنها تدرك بالعينين. وسوف تجد عدداً كبيراً من الإشارات التى تحاكى التلويح باليد وداعاً أو بقصد التهديد

والوعيد. وكثيراً ما تحاكى الإشارات الدالة على الأفعال والإشارات الدالة على الأشياء تلك الحركات التى تأتيها عندما ترفع كأساً إلى فمك على سبيل المثال (للدلالة على الشرب أو على الكوب أو على القدح)، أو عندما تصفف شعرك، أو عندما تنظف أسنانك بالفرجون، أو تطرق شيئاً، أو تقرع طبلاً، أو تلبس ملبساً، أو تقطع شيئاً بسكين. وتكون حركة الأيدى فى الإشارة أقصر وأسرع منها فى اتيان الفعل نفسه.

وأخيراً فإن كثير من الإشارات لا تعدو أن تكون إشارة إلى نموذج أو عينة لما يراد التحدث عنه. فأنت تشير إلى السماء أو إلى شفتك للدلالة عليها، أو أنت تشير إلى السماء للدلالة على اللون الأزرق. وأنت تلجأ إلى الإشارة لمخاطبة الناس وللتحدث من نفسك وعن الآخرين. فحين تشير إلى بدنك تعنى أنا، وعندما تشير إلى محدثك تعنى أنت.

وما أن تقنع نفسك باستخدام الإيماء والحركات حتى تجد من السهل التفكير فى طرق للتخاطب مع أشخاص صم. فكيف يمكنك مثلاً أن تدل على أسد بتشكيل يديك على هيئة مخلبين وإضفاء الشراسة على وجهك ؟ أو بتحريك يدك فوق ظهر رأسك كما لو كنت تلمس عفرة أسد ؟ قد تصلح أى من الطريقتين. إن هذه السمة من سمات لغات الإشارة ـ احتواءها على الإيماء والحركات ـ تيسر التخاطب مع الأشخاص الصم حتى عندما لا تعرف إلا بضع إشارات.

غير أنه ينبغى لك أن تذكر أن الأشخاص الصم قد تكون لديهم إشارة موحدة لأى من الأشياء التى تريد التحدث عنها. فربما هم لا يستخدمون مثلا سوى إشارة تدل على عفرة الاسد دون الإشارة التى تحاكى مخلبية. وفى تلك الحالة ينبغى أن تستخدم الإشارة الموحدة.

وقد يحدث أحيانا أن تشعر إن إشارة موحدة يستخدمها أناس صم لا تبلغ في وصفها الشئ المقصود مستوى الجودة الذى تبلغه إشارة ابتكرتها أنت. غير أنه يجدر بك فى مثل هذه الحالة أن تحترم الإشارة التى يؤثرها الصم أنفسهم. فما من أحد منا يتقبل نقداً بوجهه إلى لغته من لا يتحدثونها، وحتى إذا كانت إشارة ما لا تصور ما تقصده، فإنها قد تؤدى وظيفتها كإشارة على الوجه الأكمل. وكثير من الإشارات لا تحاكى شيئاً، كما هو حال معظم كلمات لغات الكلام إذ هى لا تحاكى الأشياء لا تحاكى شيئاً، كما هو حال معظم كلمات لغات الكلام إذ هى لا تحاكى الأشياء التى تستخدم للدلالة عليها، ومع ذلك فنحن نفهم بعضها إذا كنا نعرف لغة الحديث، ويصدق ذلك أيضاً على لغات الإشارة.

إن الأشخاص الصم لا يقتصرون على استخدام أيديهم فى الإشارة، بل هم بستخدمون أيضاً أجسامهم ووجوههم فهم يستخدمون حركات أجسامهم لإضفاء إيقاع على إشاراتهم. ونحن عندما نتحدث، ندل على مجموعات من الألفاظ ـــ أى على جعل وعبارات ـــ بإيقاع أصواتنا، فنحن نغير السرعة ونغمة الصوت للدلالة على الحدود بين الجمل. أما الأشخاص الصم فعليهم أن يدلوا على تلك الحدود بوسائل بصرية، وهو يفعلون ذلك بإتيان حركات طفيفة بأجسامهم وإحداث تغييرات على تعابير وجوهم.

كذلك تستخدم الرأس وتعابير الوجه لأغراض أخرى فالنفى والإثبات يعبر عنهما بحركات الرأس. ومشاعر كالدهشة والغضب والفرح والحزن والأشخاص الذين يسمعون يلجأون هم أيضاً إلى مثل هذه الإشارات والتعابير عندما يتحدثون فيما بينهم غير أنه ينبغى أن تعبر تعابير وجهك قدراً أكبر من الاهتمام عندما تتحدث مع أناس صم.

ويمكن استخدام الفم لمحاكاة حركات الشفاه عند النطق بألفاظ معينة فى لغة الكلام. غير أنه يمكن استخدامه أيضاً لتعديل الإشارات الدالة على

أعمال معينة بحيث تصف كيفية أدائها. من ذلك مثلا أنك قد تدل على أن شخصاً تسرع فى الكتابة أو لم يلق فيها عناء بأن تأتى بشفتيك حركات معينة. أو قد تشد عضلات وجهك أو تغمض عينيك نصف اغماضة للدلالة على أن شخصاً كتب بصعوبة شديدة. وفى كل هذه الحالات تستخدم نفس الإشارة اليدوية الدالة على الكتابة ولكنك تعدل فى معانيها بحركات الشفاه وتعابير الوجه.

وتستخدم العينان للدلالة على من تخاطب وعمن تتحدث أو عما تقول. وأنت عندما تريد أن نتحدث عن شخص من الحاضرين تشير نحوه وأنت تنظر إليه ثم تعاود النظر إلى من تخاطبه.

كذلك تستخدم الجسم والعينين والوجه بطريقة خاصة عندما تقص شيئاً عما فعله شخص بشخص آخر أو عندما تعيد سرد حديث دار بين شخصين. فإذا أردت مثلاً أن تنبئ الحاضرين بأن امرأة ناولت طفلاً كرة فأنت تأتى الإشارة الدالة على المرأة مثيراً إلى اليمين، ثم تأتى الإشارة الدالة على الطفل مشيراً إلى اليسار. ثم تتبع ذلك بإتيان الإشارة الدالة على الكرة والنظر إلى اليسار (حيث "يوجد" الطفل) ثم تحاكى تحريك المرأة ليديها عندما أعطت الكرة للطفل (الشكل١).

ويحدث أحياناً أن يستخدم الشخص الأصم كلتا اليدين ليأتى إشارتين فى وقت معاً. فقد يأتى مثلاً إشارة "هل أنت جوعان ؟" كما فى الشكل ٢. وفى هذه الحالة يستخدم الشخص فى نفس الوقت عينيه (إذ يوجهها نحو من يخاطبه). ووجه (حيث يرتسم التساؤل) ويده اليمنى (ليأتى إشارة "جوعان")، ويده اليسرى (ليشير إلى من يخاطبه).

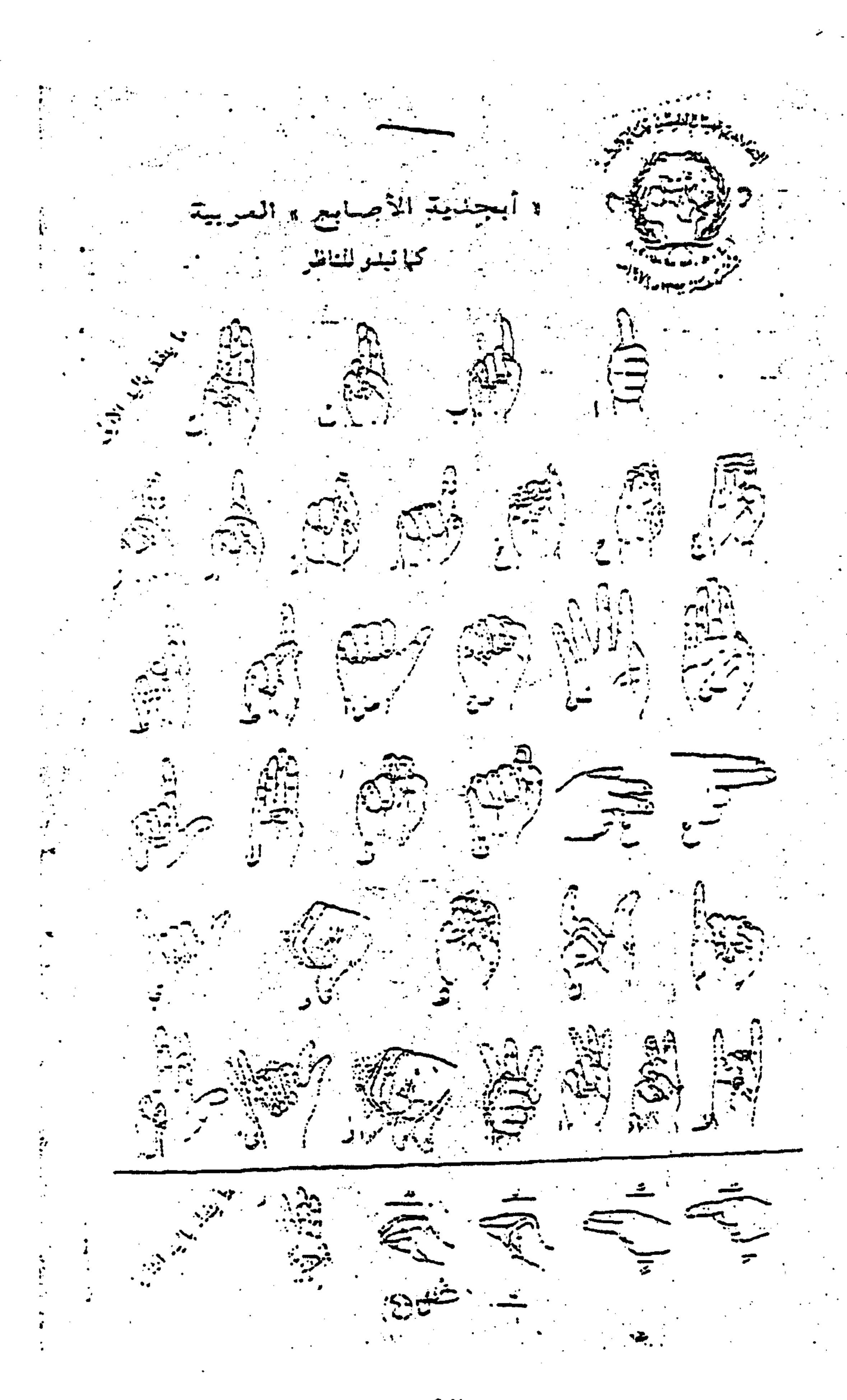
تحديد مكان مدلول الإشارة:

عندما تقول شيئاً بلغة الإشارة، تستغل فراغاً ثلاثي الأبعاد. فأنت تمثل على نحو ما، مشهداً أمام جسمك. فإذا أردت مثلاً أن تحكي شيئاً عن امرأة وابنها يقطنان منزلين كائنتين على جانبي طريق ما، فأنت تأتي إشارة "طريق" انطلاقاً من جسمك، ثم إشارة "منزل" إلى اليسار أولاً إلى اليمين بعد ذلك ـ بمعنى أنك تأتي الإشارة ويداك إلى اليسار قليلاً ثم إلى اليمين قليلاً. وعندئذ تحصل على مشهد كالمشهد الوارد في شكل (٣).



« أبجدية الأصابع » العربية

كما تبدو للناظر



غير أن الأشخاص الصم يستخدمون أيضاً تهجية الكلمات جزئياً كإشارات متفق عليها. من ذلك مثلاً أنهم قد يستخدمون حرفين من اسم مدينة كإشارة تدل على هذه المدينة، أو قد يستخدمون الحرف الأول والحرف الأخير من كلمة تدل على طعام ما كإشارة دالة على هذه الكلمة. ومثل هذه الإشارات إشارات متفق عليها، وهى تؤتى بسرعة وبحركات سلسلة وبطريقة مواءمة جيداً للتخاطب السريع، والإصرار على دقة هجاء الكلمات فى مثل هذه الحالة إنما ينم عن سوء فهم للكيفية التى تعمل بها اللغة.

معاجم الإشارات

أ- طرق جمع الإشارات

هناك طريقتان رئيسيتان لجمع الإشارات أولاهما أن تعد قائمة بكلمات فى لغتك ثم تطرح السؤال على أشخاص صم : ما هى الإشارة الدالة على ـــ؟ وبذلك تحصل على إشارة لكل كلمة على قائمتك وتتمثل الطريقة الثانية فى اعداد قائمة بالإشارات التى ترى أناسا صما يأتونها ثم الوقوف على ما تدل عليه تلك الإشارات.

وميزة الطريقة الأولى لجمع الإشارات هى أنها سريعة وتمكنك من التحكم فى مجالات المعانى التى تجمع فيها إشارات فأنت تحصل فى وقت قصير نسبياً على قوائم طويلة من الإشارات التى تعلم أنك فى حاجة إليها للتخاطب مع أناس فى مواقف محددة.

ومساوئها أنك لا تجمع بالضرورة تلك الإشارات التى يستخدمها الأشخاص الصم بالفعل عندما يخاطب بعضهم بعضاً. ولا يحدث قط أن تناظر كلمات لغة ما كلمات لغة أخرى بحيث يكون لكل كلمة فى إحداهما كلمة واحدة لا أكثر فى اللغة الأخرى. ويصدق ذلك بنوع خاص على الكلمات التى لا تعنى أشياء ملموسة،

مثل الكلمات الدالة على المشاعر والأفعال. وإذا كنت تعرف أكثر من لغة فمن الأرجع أنك شهدت مثل هذه الفروق بين كلمات اللغتين ــ مثلاً بين الكلمات الدالة على الألوان وبين الكلمات الدالة على أفراد الأسرة.

وقد لا يكون هناك مثلاً فى لغة الإشارة التى تبحثها إشارة لكلمة أو بمعنى "امرأة أنجبت طفلاً" أو "امرأة ترعى طفلاً"، وعندما تسأل عن الإشارة الدالة على أم ستقسم لك إشارة تعنى "أى امرأة راشدة فى الأسرة" أو "امرأة" عموماً. وإذا لم تكن على وعى بذلك فسوف تدرجها فى معجمك بمعنى غير معناها.

أما إذا استخدمت الطريقة الثانية لجمع الإشارات ــ أى البحث عن الإشارات التى يستخدمها الناس الصم ــ أتيحت لك فرصة أكبر للتحقق من أن الإشارات التى تجمعها هى الإشارات التى يستخدمها الأشخاص الصم وأنهم يعنون بها ما تعتقد أنت أنهم يعنون غير أن الطريقة الثانية يتطلب تطبيقها وقتاً طويلاً للغاية.

وتقترن بالطريقة الثانية مشكلة أخرى هى أنك لا تعرف قط متى ترد الإشارة التى تنشدها فى محادثات تدور بين أشخاص صم. من ذلك مثلاً أنك قد تكون فى حاجة إلى الوقوف على الإشارات الدالة على أشياء مدرسية مثل : السبورة، الطباشير، الكتاب، المعلم، التلميذ، ولا يكون لديك وقت للانتظار حتى ترد الإشارة فى الحديث. وينبغى لك فى حالة كهذه أن تسأل أناساً صماً عن الإشارات التى يستخدمونها للدلالة على هذه الأشياء بيد أن هذا الأسلوب الأخير لا يصلح إلا إذا كانت تريد إشارات لأشياء محسوسة للغاية.

وعلى ذلك فإن أفضل طريقة لجمع الإشارات هى الجمع بين الطرقتين. فأنت تعد قوائم كلمات، وخاصة كلمات دالة على أشياء محسوسة، وتسأل عن الإثارات المناظرة لها، وفى الوقت نفسه تترقب إشارات فى محادثات بين أناس صم. وعندما تحصل على إشارة باتباع الطريقة الأولى. ينبغى دائماً أن تتحقق مما إذا كان الأشخاص الصم يستخدمونها فعلاً بذلك السعى فيما بينهم.

وسنجد عند جمع الإشارات أن هناك إشارات كثيرة لا تناظر ألفاظاً فى لغة الكلام، وكثيراً ما تكون إشارات تعبر تعبيراً دقيقاً عن مشاعر أو مواقف معينة. ولما كانت تلك الإشارات كثيرة التداول، فإنه ينبغى ــ أن أردت أن يفهم الأشخاص الذين يسمعون ما يأتيه الصم من إشارات ــ إدراجها فى المعصم حتى وأن تعذرت ترجمتها. ويمكنك عندئذ شرح معناها عن طريق سرد الأمثلة.

وسوف تجد أيضا أن هناك من الألفاظ ما ليس له إشارات تناظره. ويصدق ذلك بوجه خاص فى المجالات التقنية والمتخصصة ونحن نرى أن جميع اللغات الحية تجدد مفرداتها باستمرار ــ بالاستعارة من لغات أخرى أحيانا، وبتركيب ألفاظ جديدة من أخرى قديمة أحياناً أخرى. ولدى لغات الإشارة أيضاً وسائلها فى تجديد إشاراتها. من ذلك مثلاً أن الأشخاص الصم قد ابتكروا فى بلاد كثيرة إشارة لمسجل الفيديو يحاكى حركة شريط الفيديو بأسلوب معين. ومن الطرق الأخرى لاتيان إشارة جديدة أن يتهجى المرء بالأصابع لفظاً فى إحدى لغات الكلام. ومثل هذه الكلمة المتهجاة بالأصابع كثيراً ما تختصر عندما تصبح إشارة متفقا عليها. (انظر القسم ٤ . ٢ . ٢).

وإذا لم تستطع العثور على إشارة لكلمة ما فعليك أن تشرح معناها لأشخاص صم وتسوق لهم أمثلة على أوجه استعمالها. وعندئذ سوف يبتكرون إشارة لها. وإذا واصلوا استخدام هذه الإشارة فترة من الزمن فربما عدلوا شكلها بقصد مواءمتها للغة الإشارة المتداولة بينهم، وهذا الشكل الأخير هو الذى ينبغى إدراجه فى المعجم.

وينبغى لك، ما لم تكن قد أتقنت لغة الإشارة، أن تتوخى الحذر فى ابتكار إشارات من تلقاء نفسك، إذ يحتمل فى هذه الحالة إلا يستخدمها أحد بالنظر إلى انعدام التوافق بينها وبين سائر إشارات اللغة.

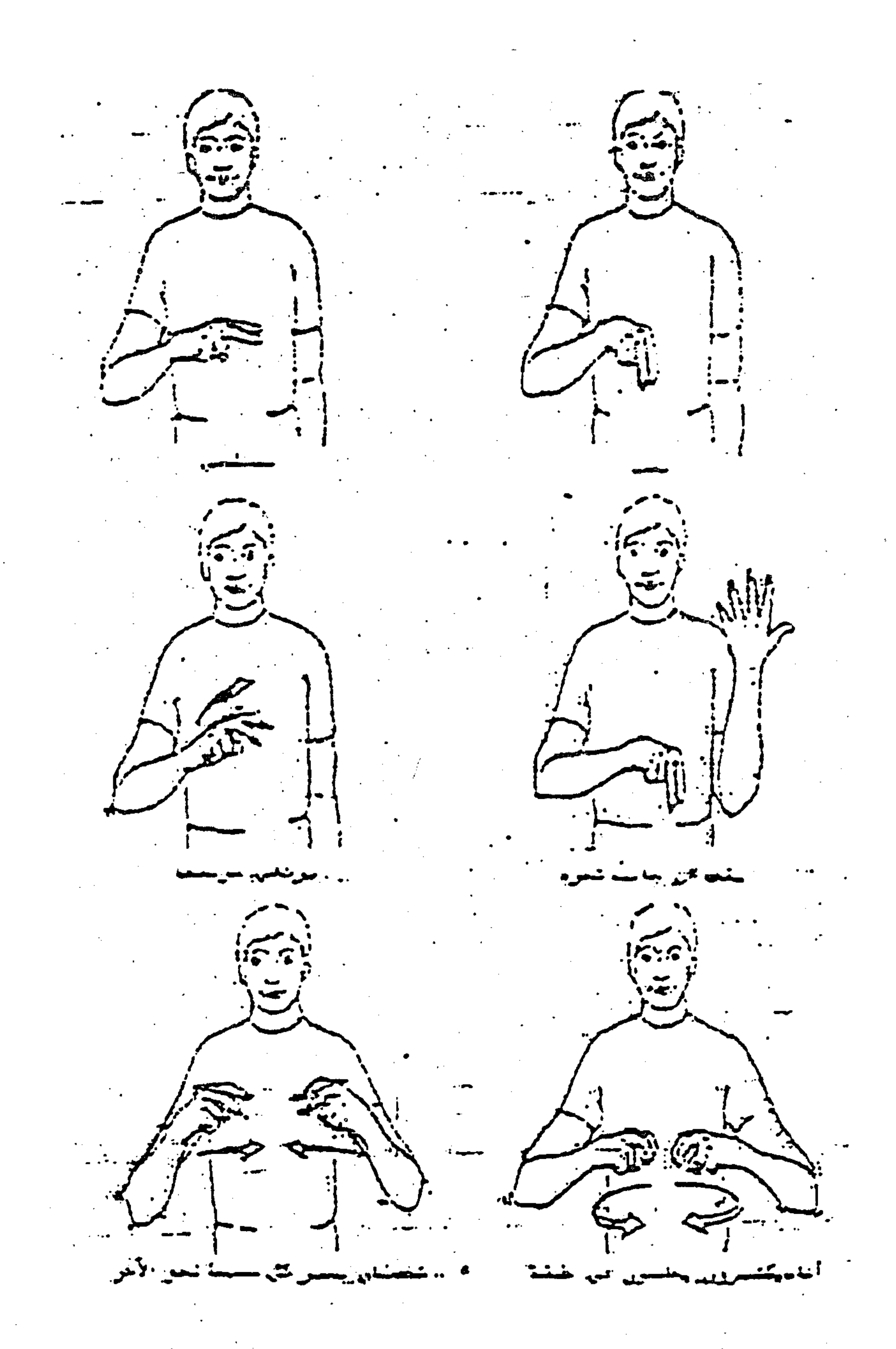
بـ- مصادر الإشارات

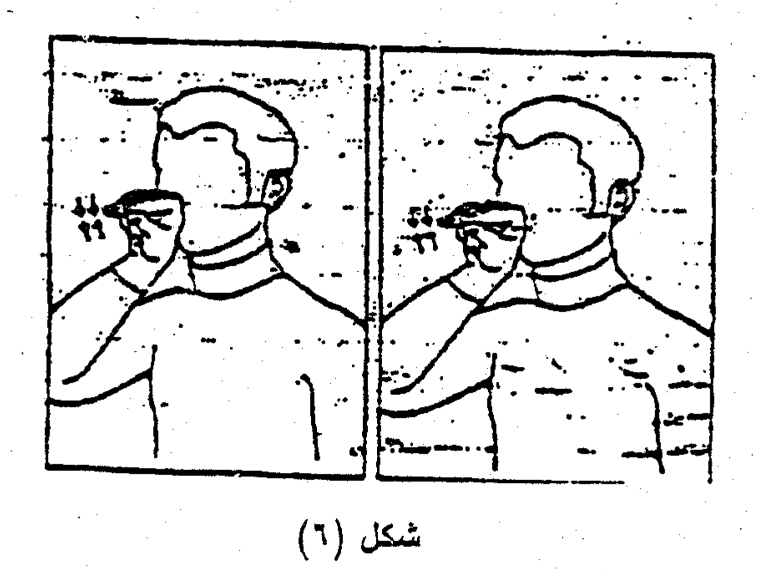
ينبغي أن تتألف مصادر الإشارات من أناس يستخدمون لغة الإثارة بانتظام وليس خليطاً من الإشارة ولغة الكلام. وقد يحسن البدء بالعمل مع شخص يعرف لغة كلام فضلاً عن لغة الإشارة غير أنه ينبغي دائماً أن تتحقق من صحة الإشارة بالرجوع إلى عدة أشخاص وأن تتوقع بعض الاختلاف بين الإشارات التي يستخدمها أناس مختلفون إذ يحدث أحياناً أن تختلف أحياناً الإشارات بين المسنين وحديثي السن بين النساء والرجال أو بين أناس يسكنون فى أحياء مختلفة وتلك ظاهرة نشهدها فى جميع اللغات وعلينا أن نقبلها.

وإذا كانت تهمك إشارات موضوع معين كالميكانيكا أو الحرف اليدوية فعليك أن تبحث عن أشخاص متخصصين فى هذه المجالات وربما كان من المفيد أن تطلب من الشخص المعنى أن يشرح عمله لشخص أصم أخر وتتنبه أنت إلا الإشارات التى يأتيانها.

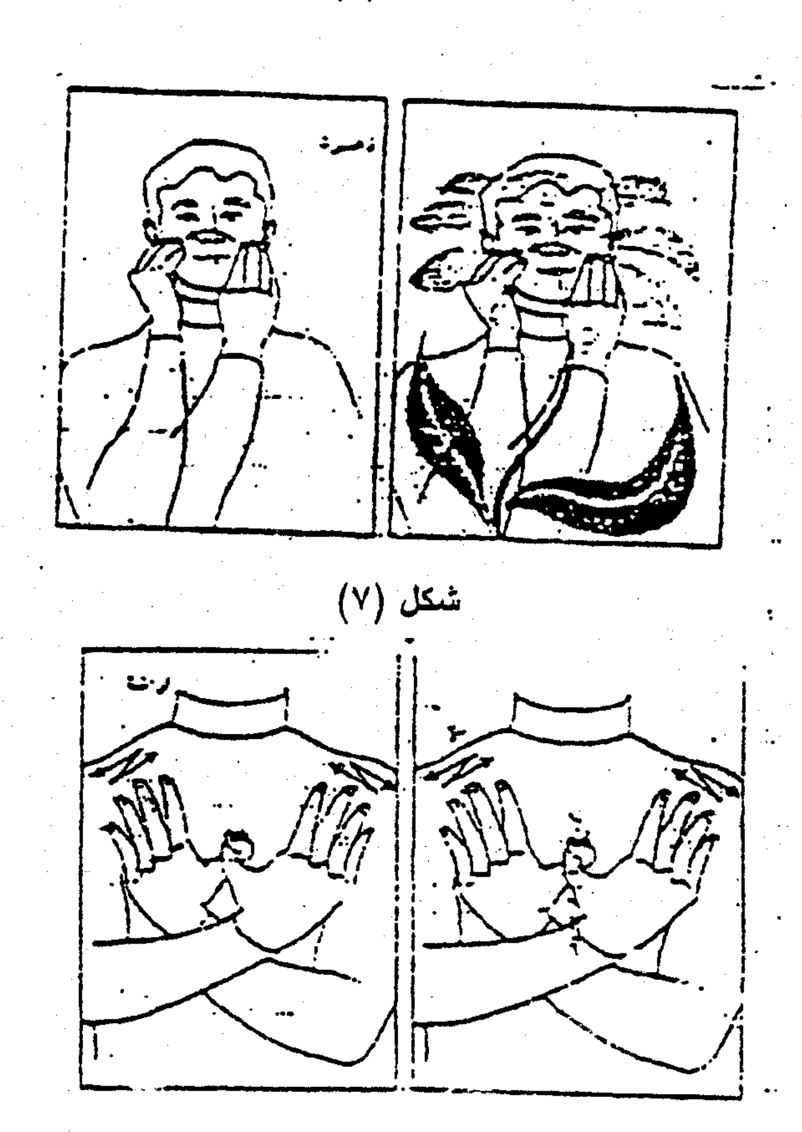
وعندما تطلب إشارات من أشخاص صم فقد تجد أنه لا يفهمون ما تعنى أو أنهم يعطونك ما يظنون أنك تريده من إجابات ويعود السبب فى ذلك على أنهم لم يتعودوا الحديث إلى أناس يسمعون، فقد ألفوا رؤية أشخاص يسمعون يحتلون مركز سلطة ويفوقنهم علما ومعرفة وقد يظنون أنك سترضى عنهم أن هم أعطوك ما يرون أنك تتوقعه من إجابات، وتتمثل مهمتك لفى إقناعهم بأن ما يهمك حقاً هو أن تعرف لغتهم كما يستخدمونها.

وكثيراً ما يقضى الأشخاص الصم وقتاً طويلاً فى مناقشة إشاراتهم فيما بينهم ومن ثم فأن أفضل طريقة لجمع الإشارات هو أن تستعين بأشخاص تمرسوا الانتباه إلى الإشارات وتدوينها. (انظر شكل ٥، ٦،٧، ٨).





شكل (٦)



شكل (٧)

شكل (٨)

تـــدوين الإشارات :

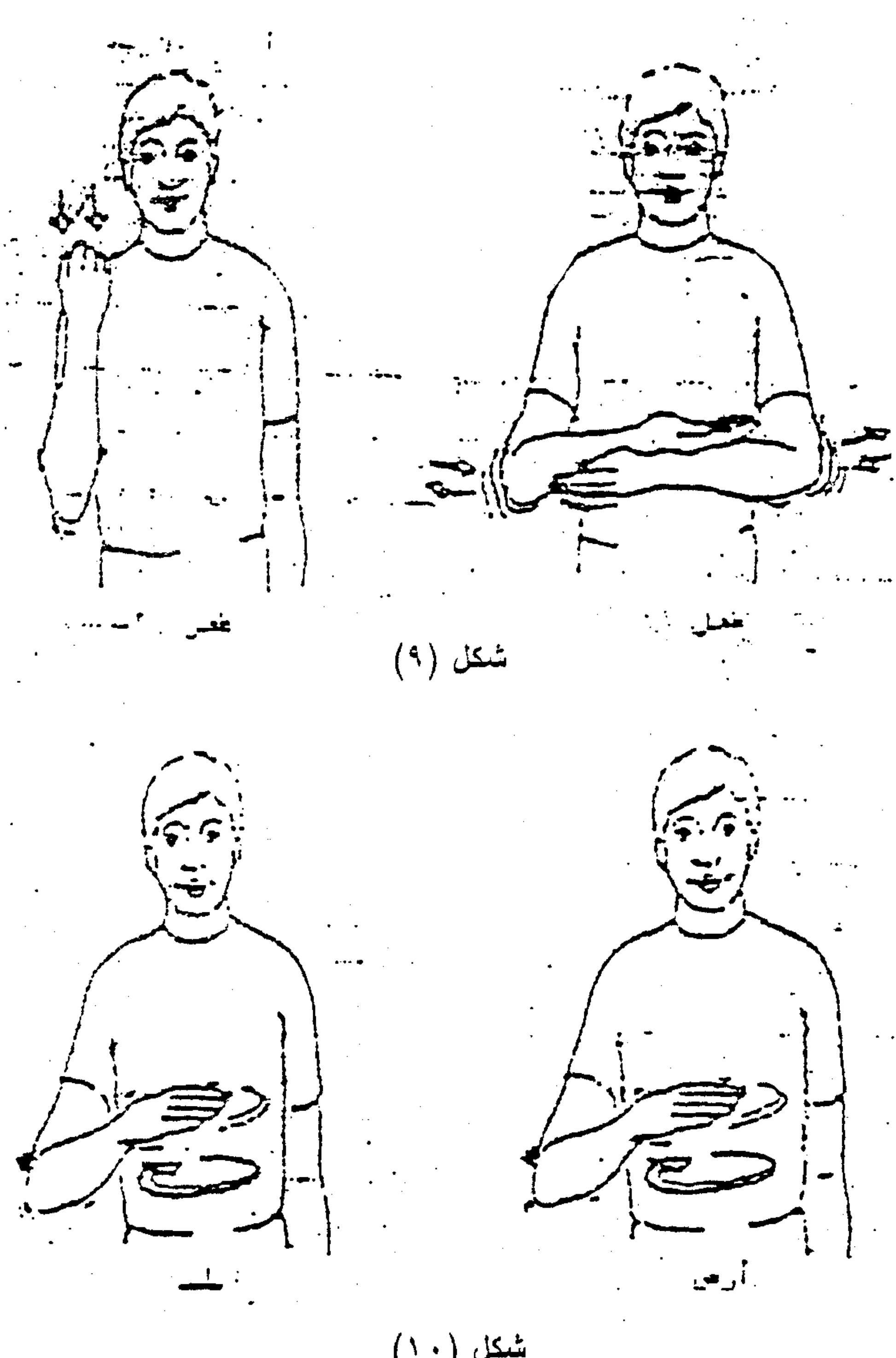
ليست هناك طريقة بسيطة لتدوين الإشارات ونحن نوصيك عندما تشـــرع فى جمع إشارات أن تستخدم لهذا الغرض مسجل فيديو لأنه يتيح لك إمكانية رؤية الكيفية التى تؤدى بها الإشارات على امتداد حلقات يظهر فيها الإيقاع وحركـــات الوجه التى تشكل جزاء من لغات الإشارة فإذا لم تستطع الحصول على معـــدات الفيديو فقد ترى الاستعاضة عن ذلك بالتقاط أو رسم صور للإشـــارات وعندئـذ سيتعين عليك تدوين ملاحظات عن حركات الفم تعبيرات الوجه المصاحبة لهم.

وهناك نظام خاص لتدوين الإشـــارات يعـرف اسـم® Sutton sign writing (انظر البيلوغرافيا المقترحة) ويتألف من رسوم للإشـــارات بأسـلوب معين ونورد فى الشكل ٨ رسما للإشارة الدالة على النوم ولكيفية تدوينها فى لغـة الإشارة الدنماركية وفقا لنظام ستون لتدوين الإشارات.

وينبغى فى المعاجم أن تستخدم رسوم أو صور مرقمة ومصحوبة بترجمـة إلى لغة الكلام، وستهل المعجم بقائمة تورد جميـــع الكلمـات المسـتخدمة فـى الترجمات مع إشارة إلى رقم (أو أرقام) الإشارات (الإشارات) المناظرة، وسـوف تجد أنه ستكون هناك حالات إلى عدة إشارات فيما يتعلق بكلمة واحـــدة. فـهناك مثلا فى لغة الإشارة الدانماركية إشارتان للدلالة على طفل (انظر الشكل ٩) ومـن جهة أخرى قد تحيل نفس الإشارة إلى أكثر من كلمة بلد وأرض على سبيل المثال ففى الشكل ١٠ ترى الإشارة المستخدمة فى لغة الإشارة الدنماركية للدلالة علـــى (البلد) أو (ارض) على السواء وذلك بطبيعة الحال أمر مألوف فى معجـــم ثنـائى اللغة.

وينبغى فيما يتعلق بكل إشارة أن تقدم معلومات عن حركة الفـــم وتعبـير الوجه المصاحبين للإشارة وكذلك معلومات عن الصيغ المختلفة لإتيـــان الشـارة كأن تذكر مثلا ما إذا كان من الممكن تحديد مكان مدلول الإشارة ويمكنك فضـــلا

عن ذلك أن تذكر ما إذا لم تكن الإشارة تستخدم إلا فى أجزاء معينة من البــلاد أو من قبل فئات عمرية وتورد بعض معاجم الإشارات وهذه الأمثلة بالغـــة الفــائدة ولكنها فى الوقت نفسه تتطلب وقتا مفرطا لجمعها وتدوينها.



شكل (٩)

شكل (١٠)

التخاطب المتزامن :

فى جميع البلاد يستخدم الأشخاص الذين يسمعون والأشخاص الصم خلائط مختلفة من لغة الشارة بالإضافة إلى لغة الإشارة التى يستخدمها الصم فى التخاطب فيما بينهم وبوسع الأشخاص الذين يسمعون أن يتعلموا لغة إشارة خالصة غير أنهم كثيرا ما يستخدمون الكلام مصحوبا بالإشارات لسببين.

أولهما أن مثل هذه الوسيلة فى التخاطب أسهل بالنسبة لأناس يسمعون وأكثر ملائمة فى موقف يضم عدة أشخاص يسمعون كما فى حالة أسرة أفرادها يسمعون باستثناء طفل أو طفلين. ففى موقف كهذا يجد معظم الأشخاص الذين يسمعون فى الكف عن استخدام أصواتهم منافاة لطبيعة الأشياء وفضلا عن ذلك فإن كثيرا من الأطفال ضعاف السمع الذين لا يحصلون على لغة بمجرد الإنصات إلى الآخرين لديهم مع ذلك بقايا من حاسة السمع تتيح لهم الإفادة من سماع صوت آبائهم أو معلميهم.

والسبب الثانى للجمع بين الكلام والشارات هو أن هناك من الناس من يعتقدون أنه حتى الأطفال المصاحبون بصمم شديد يتعلمون لغة الكلام بمشاهدتها أثناء اتيان إشارتهم وهؤلاء يقرنون كلامهم بالإشارات بقصد إضفاء طابع مرئى على لغة الحديث ولما كانت جميع لغات الإشارة مختلفة أشد الإختلاف عن لغات الكلام فإن الطفل الذى لا يتعلم سوى لغة إشارة لا يعرف شيئا عن لغة الكلام التى يستخدمها من حوله ويعتقد بعض الناس أن بإمكانهم أن ينقلوا إلى الطفل معارف عن لغة الكلام بإضفاء طابع مرئى عليها وعليهم لكى يفعلوا ذلك أن يبتكروا نظام إشارات خاص يضم إشارات لجميع ألفاظ لغة الكلام ولتصاريف هذه اللغة وكثيرا من الإشارات لا يشكل جزءا من لغة الإشارة التى يستخدمها الأشخاص الصم فيما بينهم أى أن استخدامها قاصر على من يسمعون.

وقد تبين من الخبرة التى أسفر عنها استخدام نظم الإشارات المبتكرة على هذا النحو أنه لا يمكن تعليم الأطفال الصم لغة من لغات الكلام بهذه الطريقة فقد ثبت استحالة استخدام رموز الإشارات بانتظام. بل أن أشد المعلمين مهارة يغفلون عن كثير من الإشارات التى لا غنى عنها للدلالة على ألفاظ للغة الكلام أو تصريفاتها والسبب فى ذلك هو أنه إذا أردت أن توضح جمع العناصر ذات المغزى فى لغة كلام بواسطة إشارات فإن حديثك يبلغ من البطء درجة تتبدد معها الرسالة المراد نقلها. وعلى المعلم لكى يتحدث بسرعة عادية أن يغفل بعض الإشارات ومن جهة أخرى فإنه إذا لم يطبق نظام الإشارات بانتظام فلا أمل فى أن يستطيع نقل معارف عن اللغة إلى الطفل ففى لغة الكلام تستخدم وسائل شتى لتوضيح أى الكلمات تتدرج معا فى مجموعات ذات معنى والتنغيم واحدة من أهم الوسائل غير أنك عندما تستخدم نظاما تجميع فيه بين الكلام والإشارات لن يكون هناك سبيل إلى التنغيم الأمر الذى يجعل من الصعوبة البالغة وغالبا من المستحيل على الأطفال الصم أن يضموا الإشارات فى مجموعات ذات معنى. وكل ما يرونه سيكون قائمة طويلة من الإشارات التى لا يسعهم إلا أن يخمنوا ما بينهما من علاقات ذات مغزى.

وفى لغات الإشارة يعبر عن الإيقاع والتنغيم بحركات الجسم وتعابير الوجه وفى ذلك يكمن أحد الأسباب التى تجعل لغات الشائعة على عكس لغات الكلام موائمة للإدراك بالعين وعلى ذلك فليس هناك ما يدعو إلى الاعتقاد بأن الأطفال المصابين بصمم شديد يمكنهم تحصيل لغة كلام برؤية نظام إشارة مخترع يضفى طابعا مرئيا على الكلام.

ومن جهة أخرى توجد بعض وسائل إضفاء الطابع المرئى على الكلام وعلى كلمات بعينها التى يمكن أن تساعد فى تعليم الأطفال الصم والتى يذكر منها حروف الهجاء اليدوية ولغة التلميح. وهناك فضلا عن ذلك بعض صيغ الجمع

الطبيعى بين الكلام والإشارة التى يستطيع الأطفال الصم فهمها وقد يرى الأشخاص الذين يسمعون استخدامها فى بعض المواقف.

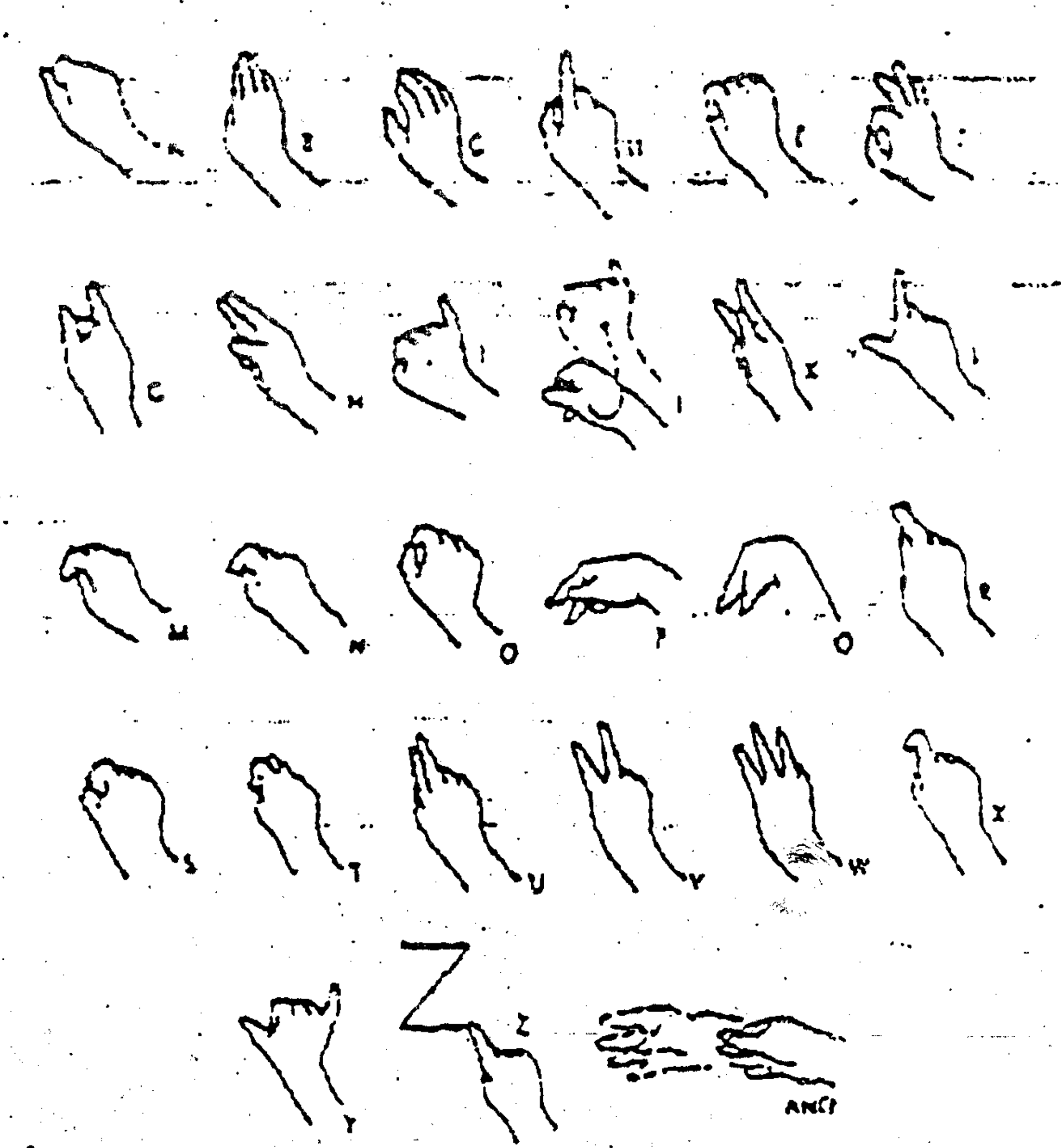
أـ حروف الهجاء اليدوية :

تتألف حروف الهجاء اليدوية من عدد من أشكال اليد التى يحمل كل منها قيمة حرف من حروف هجائية مكتوبة ويمكنك استخدام حروف الهجاء اليدوية أن تنقل هجاء كلمات على نحو مرئى كما لو كانت (كتابة فى الهواء).

ويستخدم العالم عدد من الهجائيات اليدوية يستعان فى بعضها باليدين معا ولكن معظمها ينفذ بيد واحدة والاعتقاد السائد هو أن الهجائيات التى تنفذ بيد واحدة مرفوعة إلى مستوى الكتف بالغة بالنظر على أنها تتيح إدراك اليد والفم فى وقت واحد معا. والهجائية اليدوية الدولية. انظر الشكل ١١ تضم ٢٦ من أشكال اليد تناظر حروف الهجاء فى اللغة الإنجليزية وثمة لغات كثيرة أى أنها تكتب بهجائية مختلفة أن لم يكن بأسلوب مختلف أو هى تتضمن عددا أكبر من الحروف فإذا كان ذلك يصدق على لغة الكتابة التى يتعلمها الأطفال الصم فى بلدك فعليك أن تعرف ما إذا كانت توجد هجائية يدوية تشمل حروف الهجاء المستخدمة فى هذه اللغة، أو إذا كان يتعين عليك إنشاء هجائية يدوية تناسب حروف هجاء لغة بلدك المكتوبة انطلاقا من أشكال اليد فى عدد من الهجائيات اليدوية. وتوجد بضعة أمثلة من التهجية بالأصابع تستخدم مع الكلام المنطوق، ويفترض فى هذه النماذج، شأنها شأن نظام الإشارات المخترع، الذى ورد له وصف فى الفقرات السابقة، أنها تنقل إلى الأطفال معارف عن لغة الكلام، ومع ذلك فهى الأخرى بالغة البطء، ويستحيل فهمها على الأطفال المصابين بصمم شديد.

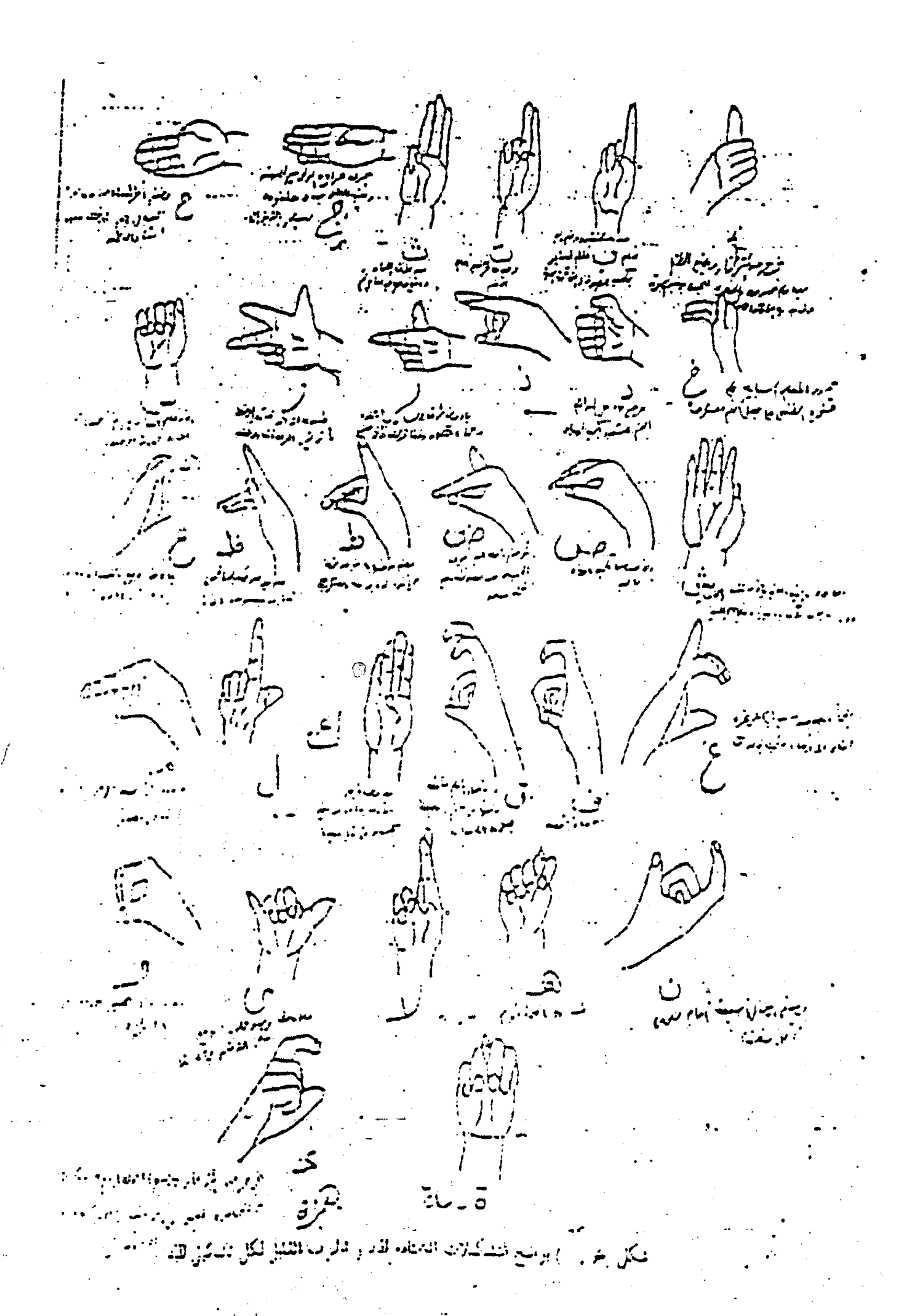
وتفاديا للاضطرابات والبلبة، ينبغى للقرارات المتعلقة بأى الهجائيات اليدوية يجدر استخدامها أن تتخذ على الصعيد الوطنى أن لم يكن، وذلك هو الأفضل، على الصعيد الإقليمى.

The American Manual Alphabet
(As seen by the finger speller)



Source: L. J. Fant, Jr., *Say It with Hands* (Washington, D.C.: Gallaudet College Centennial Fund Commission, 1964), p. 1. Reproduced by permission of the author.

شكل (١١)



شكل رقم ( ) يوضح تشكيلات الخاصة لليد و طريقة التمثيل لكل حرف

ب- لغة التلميح :

لغة التلميح وسيلة من وسائل إضفاء الطابع المرئى على اللغة المنطوقة. وعلى خلاف التهجية بالأصابع، تفعل لغة التلميح ذلك بالنسبة إلى اللغة المنطوقة وليس إلى اللغة المكتوبة، ولكنها - شأنها شأن التهجية بالأصابع - تستعين فيه بأشكال اليد. وتؤدى لغة التلميح على مقربة من الفم بحيث يستطيع المخاطب رؤية حركات الفم وأشكال اليد معا.

ولغة التلميح لا تستخدم كوسيلة رئيسية للتخاطب إلا مع أناس يعرفون لغة الكلام لذلك فإنها كثيرا ما تستخدم مع أشخاص فقدوا حاسة السمع أو ضعف سمعهم بعد أن حصلوا لغة الكلام، ومع ذلك فهى بطيئة للغاية كوسيلة رئيسية للتخاطب.

ولغة التلميح نظام بين عدد من النظم المتبعة لإضفاء الطابع المرئى على لغة الكلام، وينبغى أن يتخذ القرار بشأن اتباع أحدها - عند الاقتضاء - فى تعليم الأطفال الصم، على الصعيد الوطنى أو الإقليمى.

أساليب الجمع الطبيعى بين الكلام والإشارة :

عندما يجتمع معا أناس يسمعون وأناس صم، قد يجد اللذين يسمعون ما ينسبهم أن يستخدموا أصواتهم. وقد استطاع أشخاص يسمعون ممن أوتوا مهارة فائقة فى لغة الإشارة كبعض الأبناء الذين يسمعون لآباء لا يسمعون - أن يطوروا أساليب للجمع بين الكلام والإشارة نسبيا للأشخاص الصم فبإمكانهم أن يفعلوا ذلك بطريقة تتيح لهم نقل الرسالة بصريا على الرغم من أنهم لا يستخدمون لغة إشارة بالمعنى الدقيق.

ومع ذلك فهم يستعينون بعدد من عناصر لغة الإشارة من ذلك مثلا أنهم يستخدمون إشارات تنطوى على تحديد المكان ولا يقتصرون على الإشارات على

النحو الذى ترد به فى المعجم وهم يستخدمون أيضا تعابير الوجه للدلالة على التساؤل أو العمى أو الاندهاش أو الابتهاج أو ما إلى ذلك. وهم يحققون الإيقاع بحركات الجسم وهو فضلا عن ذلك يميزون بين لغة الكلام وبين لغة الإشارة.

وما أن يتقن المرء فن الإشارة دون استخدام الصوت، فليحاول استخدام الصوت أثناء الإشارة غير أن عليك أن تذكر دائما أن ما قد يبدر لك رسالة واضحة ليس بالضرورة كذلك بالنسبة لشخص لا يسمع. وعلى ذلك ينبغى لك دائما أن تولى عناية خاصة للانطباع الذى يتركه ما تأتيه من إشارات وأنت تتكلم فى نفس الوقت.

٣- الطريقة الشفوية أو قراءة الشفاه Lip Reading

وتعتمد هذه الطريقة على ملاحظة حركات الفم والشفاه واللسان والحلق .. الخ وترجمة هذه الحركات إلى أشكال صوتية (حروف) وهذه الطريقة تحتاج إلى خبرة من المعلم ليمارسها وخبرة من المتعلم ليتمرسها، وهى تعتمد أيضا على الملاحظة البصرية لوجه المتحدث وايماءاته ومتابعة شفاه المتحدث فى حركاته أثناء النطق مع ما تعكسه من أسارير الوجه وتعبيراته كالانبساط أو الفرح والسرور أو العبوس والحزن أو الغضب أو الخوف وهذه ربما يشعر بها الطفل أثناء عملية المتابعة أو الملاحظة.

وتعتبر الطريقة الشفوية ما هى إلى وسيلة تعليمية يتبعها المدرسون داخل حجرة الدراسة فقط، حيث اتضح بالملاحظة أن الأطفال الصم لا يستعملونها خارج حجرة الدراسة أثناء لعبهم فهم يفضلون استعمال لغة الإشارة كلغة للتفاهم خارج حجرة الدراسة لهذا يحسن تعليم الأطفال بالطريقتين الإشارة والشفوية. ويوجد أن بين مشكلات هذه الطريقة أن النجاح فى إتقانها يفترض مقدما وجود أساس لغوى مناسب ومعرفة بقواعد اللغة وثروة لفظية واسعة (فتحى السيد عبد الرحيم وحليم بشاى ١٩٨٠).

وتوجد ثلاث طرق لقراءة الشفاه هى :

١- طريقة يتم التركيز فيها على أجزاء الكلمة، حيث يتعلم الطفل نطق الحروف الساكنة، والحروف المتحركة، ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة، ثم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف الساكنة وهكذا .. وتعرف هذه الطريقة بطريقة الصوتيات.

٢- طريقة أخرى لا يتم التركيز فيها على الكلمة أو الجملة وإنما تهتم بالوحدة الكلية مثل قصة قصيرة حتى وإن لم يفهم منها الطفل سوى جزء صغير وهى تعكس الطريقة السابقة.

٣- طريقة أخرى تقوم على إبراز الأصوات المرئية أولا ثم الأصوات المدغمة بعد ذلك.

قواعد يجب مراعاتها فى تعليم قراءة الشفاه هى :

١- ربط منطوق الكلمة وأشكالها الصوتية بمدلولاتها الحسية سواء بالإدراك الحاسى البصرى أو اللمس أو الشم حتى يكون لها معنى فى ذهنه.

٢- مراعاة المرحلة العمرية النمائية للطفل والبدء بالأمور التى تتصل اتصالا مباشرا بحياته اليومية واحتياجاته الأساسية كاللعب والأكل والشرب والملابس الجديدة والوالدين والأخوة).

٣- لابد أن تكون المسافة بين المعلم والطفل أثناء التدريب ما يقرب من خمسة أقدام وألا تقل عن قدمين حتى يسهل التركيز على اعصاب وجه المعلم.

٤- يجب أن يكون الكلام واضح وبصوت عالى وبنغمة طبيعية وبطئ عن الكلام العادى كما تكون تعبيرات الوجه وحركات الشفاه واضحة.

٥- يمكن الاكتفاء بالتقليد من جانب التلميذ لحركات المعلم بدون اخراج صوت.

٦- مساعدة الطفل أثناء عملية التعليم على التمييز بين الحروف الساكنة ذات الصور المتشابهة على الشفاه كالميم والياء والتاء والدال والجيم والكاف من حيث طريقة اخراجها ونطقها.

٧- استخدام المرآه فى التدريب على عملية النطق، وتصحيحه لمساعدة الطفل على رؤية حركة الشفتين ثم تقليدها.

٨- مراعاة التدرج فى عملية التنغيم من الحروف والكلمات البسيطة ذات المقطع الواحد إلى الحروف والكلمات الأكثر صعوبة وتعقيدا وتحديدا من البطء إلى السرعة.

٩- البدء بالكل ثم تحليله إلى أجزاء ثم العودة للكل مرة أخرى.

١٠- استثارة فاعلية الطفل باستمرار، وحثه على التنغيم.

١١- المشكلات التى تقابلها فى تعليم الأطفال الصم فى التفرقة بين أب ورجل أو أم وامرأة فبعضهم يكتسب التمييز بعد شهر من التدريب بينما البعض الآخر يكتسبها بعد ثلاثة أشهر.

١٢- التحلى بالصبر من جانب المعلم لأن الطفل الأصم لا يحتاج للمعلم إلا إذا احتاج إلى شئ معين.

رابعا : طريقة التواصل الكلى Total communication

وظهرت هذه الطريقة لحسم الخلاف الذى ظهر فى تلاقى الفروق الفردية فى المعوقين سمعيا، وهذه الطريقة تعتمد على الإفادة من كافة أساليب التواصل اللفظية وقد تود أن تقول أن المرأة تقطن المنزل الكائن على اليسار، وأنت تفعل ذلك بإتيان إشارة "امرأة" وإشارة "يقطن" ثم تشير إلى اليسار. فإذا زارها ابنها صباح يوم ما، فأنت تحكى ذلك بإتيان إشارات "صباح" و"ابن" "ويمشى" وعندما تأتى الإشارة الأخيرة، تحرك يديك نحو اليسار محاكاة لسير الابن إلى منزل أمه.

وكثيرا ما تأتى إشارة "يمشى" بأن تبرز سبابتك واصبعك الوسطى منفرجتين ومشيرتين إلى أسفل محاكاة للساقين، ثم تحرك الاصبعين محاكاة للسير، ويمكن لهذا الوضع من أوضاع اليد أن يستخدم طرق كثيرة لوصف الكيفية التى يمشى بها الناس وأين يسيرون وكيف، بل وللدلالة على وقوعهم أو مكوسهم او استلقائهم. وكل ما عليك أن تفطه هو أن تحاكى الحركات التى يأتون عندما تصدر عنهم تلك الأفعال. فأنت تثنى مفصلى إصبعيك السبابة والوسطى للدلالة على الجلوس، وتبقى على يدك فى وضع ثابت والإصبعان يشيران إلى أسفل الدلالة على الوقوف فى مكان ما. وربما أردت أيضا أن تقول أنك قضيت ليلة بلاء ثم لم يغمض لك فيها جفن وظللت تتقلب على جنبيك. فلكى تقول أنك ظللت تتقلب فى الفراش تستخدم نفس شكل اليد الذى تستخدمه لإشارة "يمشى" ولكن مع الإصبعين فى وضع أفقى وتدير يدك بحيث يكون ظهرها ثم كفها إلى أعلى على التوالى.

وأنت لا تستطيع أن تستخدم شكل اليد والإصبعان السبابة والوسطى منفرجتين إلا عندما تتحدث عن إنسان أو عن حيوان من ذوات الساقين، كالنعامة مثلا، والمرجح أنك سوف ترى الأشخاص الصم فى بلدك يستخدمون أشكالا أخرى لليد عندما يتحدثون عن السيارات أو الدراجات أو القوارب أو الفيلة أو ما إلى ذلك.

د- التهجية بالأصابع :

يستخدم كثير من الأشخاص الصم نوعا من أنواع حروف الهجاء اليدوية (انظر أدناه)، وهم عندئذ يدمجون التهجية بالأصابع فى لغة الإشارة بطريقتين. فعندما لا تكون لديهم إشارة لشئ ما ولكنهم يعرفون كلمة تدل عليه فى إحدى لغات الكلام ويتوقعون ممن يخاطبونه أن يعرفها هو الآخر، فقد يتهجون الكلمة بأصابعهم، وفى هذه الحالة يستخدمون أشكال اليد لجميع حروف الكلمة.

وتعقيباً على ما سبق وجب على المعلم أن تتكلم عيناه كما تتكلم الشفاه فمثلاً إذا وقعت مربعات عام الأرض نجد أن الطفل ينظر إلى المعلم ويضحك فيضحك له ويقول وقعت بتكرار لك سوف يربط الطفل بين الموقف وبين الكلمة ونطقها. ويلاحظ أن الكلمات الطويلة سهل قراءاتها عن الكلمة القصيرة فمثلاً كلمة (بطاطا) أو دبابة) أسهل من كلمة (قط أو كل) ونلاحظ أن الطفل الأصم لا يستطيع القيام بعمليتين في نفس الوقت مثل العادى يسمع ويشغل يديه فى عمل من الأعمال، وهذا الكلام عند ملاحظة وجه المتكلم لذلك يجب إبعاد الطفل عما يثير انتباهه حتى لا يحدث تضارب بين شيئين أو فعلين.

برنامج فى التربية الأمانية باستخدام الكمبيوتر لتعلم الأطفال المعاقين سمعياً ذاتياً، ولوالدهم بالقراءة والعصف الذهنى.

إن حضارة الشعوب والأمم تقاس بمدى عنايتها واهتمامها بتنشئة الأطفال ورعايتهم وتربيتهم دون تقصير مع فئة أو بعض الفئات على حساب الاهتمام بفئة أو بعض الفئات الأخرى، ولكن يتجلى الاهتمام وتسمو العناية والرعاية بمدى ما توليه الأجهزة لكافة الفئات السوية والمعاقة على حد سواء إعمالاً بمبدأ تكافؤ الفرص الحياتية لتحقيق أقصى ما يمكن لكل منها من نمو شامل متكامل تبعاً للقدرات والاستعدادات العامة والخاصة، وحق الجميع فى التمتع بكافة الإمكانات للإعداد لحياة أفضل بما تتضمن وتكفل دوراً أو أدواراً للتنمية والإنتاج.

وإذا كان الأسوياء من الأبناء يتمتعون بحق الرعاية والاهتمام من كافة الأجهزة والمؤسسات والوكالات الخدمية فى الدولة فإنه بالدرجة الأولى أن تمتد هذه المظلة على كل من لا تنطبق عليه مواصفات الأسوياء لذنب لم يقترضه، بل ولد يحمله، أو كانت البيئة بقسوتها عاملاً حملته عبء المعاناة.

وعليه، أخذت وزارة التربية والتعليم، ومن قبل وزارة المعارف العمومية دورها الرئيسى إلى جانب الوزارات الأخرى فى سياساتها التربوية والتعليمية

على توفير كافة متطلبات العملية التعليمية فى مؤسسات تعليمية متخصصة ترعى كل فئة من مجالات التربية الخاصة بما تتضمن من أهداف ومحتويات وطرائق تعليم وأنشطة وأساليب تعويض يمكن أن تحقق للإعاقة العقلية والإعاقة السمعية والإعاقة البصرية والإعاقة الحركية ما يمكن أن يعد ويكون صاحب هذه الإعاقة للتعايش معها دون معاناة، للحياة دون تفرقة، وللطموح دون تحدى أو كبح جماح. الأمر الذى يستوجب على العملية التعليمية النظامية، والأجهزة الخدمية المجتمعية والمعاونة أن تسعى إلى تحقيق الأهداف الآتية :

١- تهيئة صاحب الإعاقة للتمكن من مواجهة المتغيرات الحياتية التى توفرها حياة مستقلة مناسبة يتجاوب معها عقلياً واجتماعياً وحركياً ونفسياً فى مجالات وأنشطة الحياة اليومية على طول مراحل نموه.

٢- تمكين صاحب الإعاقة من التعليم البديل بالأساليب التعويضية المناسبة.

٣- تزويد صاحب الإعاقة بأساليب التعلم الفردى لاكتساب معارف والمهارات التى تمكنه من المحافظة على استقرار أمانة الشخص وللآخرون من حوله.

ولما كان الإنسان يعتمد منذ ولادته على حواسه الخمس إبصار وسمع ولمس وشم وتذوق من أجل الحصول على المعارف التى تعينه فى التعرف على جوانب وعناصر البيئة المحيطة وأثارها، ومن ثم تأثيره بها، فإن أى اختلال أو فقدان لواحدة من الحواس الخمس أو بعضها إنما يؤدى إلى الاعتماد الأكبر والأكثر على بقية الحواس الأخرى كالسمع واللمس. وعليه فإن صاحب الإعاقة البصرية مثلاً يعتمد كثيراً على حواسه الأخرى ويحملها بدرجة أكبر لتعويض أثار فقدها مما قد يؤدى إلى صقل رفيع للحواس الأخرى، وبالمثل فإن صاحب الإعاقة السمعية يعتمد كثيراً وبدرجة أكبر على حاسة الإبصار مما يؤدى إلى صقل رفيع لها.

وعلى ضوء ما سبق، وفيما يخص صاحب الإعاقة السمعية، والتى يتعطل معها الجهاز الكلامى على عدم التعبير اللفظى المسموع والواضح يكون هناك التواصل غير اللفظى، وذلك من خلال أشكاله مثل التعابير الوجهية كالغضب والرضى، والعبوس والسعادة، والحزن والسرور، والقبول وتحريك الأيدى والأصابع أو الكتفين أو الرأس، أى بما يعرفه بلغة الجسم Body Language بالإضافة إلى ما يعرف بلغة العيون Eye Language. وهنا تقول هاريل Harrell, R.K (١٩٧٦) أن هذا التواصل غير اللفظى أو التواصل الصامت يتم مع أصحاب وبين أصحاب الإعاقة السمعية بقصد الاستغناء عن التواصل اللفظى. هذا بالإضافة إلى ما تؤكده "هوبن Huebne (١٩٨٦) على أهمية مهارات الحياة اليومية كمهارة تناول الطعام ومهارة ارتداء الملابس والعناية بنظافة الجسم ومهارة الاعتماد على النفس وغيرها، والتى يمكن من خلالها الإسهام فى تنمية المهارات الاجتماعية لدى أصحاباً الإعاقة السمعية.

وهنا نضيف أهمية لنوع آخر لهذه المهارات، وهى المهارات الأمانية التى تكفل لصاحبها المحافظة على نفسه منشر الأخطار والإصابات والحوادث الطارئة، ويمكن كذلك تقديم الخدمات والإسعافات اللازمة للآخرين.

وتجدر الإشارة إلى نوع آخر من مهارات التوجه والحركة، وهى بالنسبة لصاحب الإعاقة السمعية تختلف عن صاحب الإعاقة البصرية، فالتوجه أو التهيؤ Orientation هو العملية التى تستثمر فيها الحواس المتاحة للشخص للتمكن من تحديد موقعه وعلاقته بالأشياء، وعلاقة الأشياء به فى البيئة المحيطة أو المكان المتواجد فيه.

أما الحركة فهي الاستعداد والقدرة التى تسمع للشخص بالانتقال والتنقل. ومن هنا يمكن القول بأن التوجه يخص الجانب العقلى فى عملية الانتقال والتنقل بينما تمثل الحركة الأداء السلوكى البدنى وهنا يؤكد كل من هل وبوندر Hill,

Ponder (١٩٧٦) على أن مهارات التوجه ومهارات الحركة ترتبط ببعضها ارتباطاً عالياً، ولكي يصبح الشخص قادراً على التنقل فلابد من نمو مهاراته في كلا المجالين وذلك حتى يتمكن من توجيه نفسه في الاتجاه الآمن، ويظل محافظاً في توجيه حتى بلوغ الهدف معتمداً في ذلك على نفسه بحرية بدنية مناسبة. وعليه فإن الكثير من الأنشطة الحياتية اليومية تعتمد كثيراً على مهارات التوجه والحركة الواعية، وإن كانت هذه المعرفة السلوكية قد يراها البعض تقتصر على أصحاب إعاقة البصر إلا أنها تجب كافة الأطفال والتلاميذ أصحاب الإعاقات وبخاصة إعاقة السمع.

فعالية مناهج مدارس التربية الخاصة :

لما كان للمنهج المدرسي أن يفي بالاحتياجات الأساسية للطفل صاحب الإعاقة سواء كان في مدارس الأمل، أو في مدارس النور أو في مدارس التربية الفكرية، فمن الواجب أن يشتمل ثلاث أنواع من المهارات الرئيسية، وهي المهارات الأكاديمية والأكاديمية الخاصة التعويضية، والمهارات التعويضية الحياتية مثل مهارة الإدراك الحسي ومهارات الاتصال والمهارات الاجتماعية، ومهارات التوجه والحركة، فهو كطفل أيا كانت إعاقته في حاجة إلى اكتساب القدر المناسب من المهارات الأكاديمية التي يكتسبها الأقران الأسوياء وبخاصة تلك التي يمكن أن تتحدد في المعارف الحياتية وهي كثيرة ومتعددة، والتي نخص منها في الدراسة الراهنة معارف الأمان في ظل تربية أمانية.

وقد يؤخذ على هذه المدارس أنها على الرغم من اهتماماتها بالمهارات الأكاديمية الخاصة التعويضية إلا أنها تفتقر كثيراً الأخذ بالمستحدثات التعليمية، أي ما يتعلق بالاستراتيجيات وطرائق التعليم والتعلم الحديثة، وبخاصة تلك التي يمكن أن تكون فردية ذاتية التعلم في بعض الأحيان، وجماعية في أحيان أخرى.

تعد مرحلة التعليم الأساسى مرحلة تعليمية تمثل الحد الأدنى من التعليم الذى يوفر للتلاميذ اكتساب المعارف والمهارات والاتجاهات الحياتية الضرورية واللازمة، والتى تيسر التفاعل الأمن مع الآخرين وبيئته ومجتمعه، ومن ثم تعد للمواطنة الصالحة باعتبارها مرحلة تعليمية منتهية، وهنا فقد حرصت وزارة التربية والتعليم الاهتمام بمناهج تعليم الأطفال لحلقتى المرحلة بصفة عامة، وبمناهج الأطفال ذوى الحاجات الخاصة فى مدارس ومعاهد التربية الخاصة.

وقد أوصى المؤتمر العالم حول "التربية للجميع تأمينى حاجات التعلم الأساسى، رؤية للتسعينات "، والمنعقد فى تايلاند ـ جوميتين ١٩٩٠ بالاهتمام بتخطيط وتنظيم مناهج الأطفال ذوى الحاجات الخاصة الابتدائية بما يقابل قدراتهم وطبيعة الإعاقة ونوعها ودرجتها من أجل اكتسابهم للخبرات الحياتية التى تيسر لهم التفاعل والتكيف مع البيئة والمجتمع، ومن ثم يواجهون من خلالها الأثر النفسى والاجتماعى لطبيعة الإعاقة .

وجدير بالذكر ما أوصى به مؤخرا مؤتمر تطوير مناهج التعليم الابتدائى والمنعقد فى فبراير ١٩٩٣ من قبل الجمعية المصرية للتنمية والطفولة بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم وأكد عند صياغة الأهداف العامة للتعليم الابتدائى وفلسفة التطوير من بين الأهداف الأربعة عشرة بعضاً منها يؤكد على مدى أهمية التربية الخاصة للأطفال المعاق وطاقاته فى إطار متوازن وباستقراء، وتحليل هذه الأهداف يمكن وضع اليد على خمسة أهداف يكون السعى نحو تحقيقها امراً لازماً فى مدارس ومعاهد التربية الخاصة.

وهذه الأهداف هى :

١- التعامل مع تحديات القرن الحادى والعشرين، وأولها الانفتاح على علوم المستقبل وتطبيقاتها اليومية مثل استخدام الحاسب الآلى والتدريب على المهارات العلمية المرتبطة بتكنولوجيا العصر.

٢- توفير مقومات الصحة والسلامة الجسدية والنفسية، وما يرتبط بها من مكونات ثقافة البدن ورعايته.

٣- اكتساب القدرة على المشاركة الايجابية فى عمل الجماعة والجهد التعاونى والتكاملى وإدراك العلاقة بين الحق والواجب وتعميق احترام الطفل لنفسه وللآخرين والحساس بالمسئولية.

٤- تنمية مهارات التعلم الذاتى واتجاهاته مما يجعل الطفل قادراً على الوصول إلى المعلومات الصحيحة من مصادرها الأصلية فى إطار من استمرارية التعلم.

أولاً : برنامج التربية الأمانية للآباء والأمهات

١- تم تحديد ثمانية موضوعات تتناول الثمان أنواع من الأمان وهى :

الأمان البيئى ـ أمان اللعب ـ الأمان المدرسى ـ أمان الماء ـ أمان الرحلات ـ أمان السيارة ـ أمان الدراجة ـ أمان أفنية الملعب.

٢- تحديد المفاهيم فى كل موضوع فى هذا البرنامج على أن تكون قابلية للتعلم الذاتى.

٣- اشتمل البرنامج على ٤٧ صورة لتوضيح ما اشتملت عليه الموضوعات المطروحة.

ثانياً : برنامج التربية الأمانية لأطفال الصف السادس الابتدائى

١- تحددت خمس وعشرون حالة من حالات الأمان بالإسعاقات الأولية للحوادث الطارئة التى يمكن أن يتعرض لها الطفل، والتى يمكن أن يقوم بها تجاه الآخرين عند تعرضهم لأى منهم.

٢- تحديد المفاهيم المتضمنة فى كل حالة بحيث تنسج المعرفة حولها لتكون قابلة للاكتساب بالتعلم الذاتى عند التعامل مع البرنامج من خلال جهاز الكمبيوتر.

٣- تجمعت مجموعة من الصور الدالة، والتى تعرض كل حالة فى خطوات تجمع كل خطوة بين الصورة والتعليق الذى يقرأ والتقييم البعدى المباشر.

٤- نقلت الصورة كل صورة منفردة على ملفات كمبيوتر باستخدام جهاز "سكانر" ثم صنفت داخل كل حالة ووضعت مبرمجة فى برنامج متآلف مع جهاز الكمبيوتر I.B.M.

٥- أعد برنامج التعلم الذاتى متداخلاً مع البرنامج الكمبيوترى، ويعرض الصورة مع التعليق على أن يتحكم الطفل منفرداً باستخدام مفاتيح محددة من قبل البرنامج للانتقال من خلال إطارات البرنامج.

٦- تم وضع أسلوب التقييم المباشر لكل حالة من الحالات الخمسة والعشرين بعد تعلمها ذاتياً فى شكل أسئلة صيغت كمواقف حياتية متبوعة بعضها بأسئلة :

من نوع الاختبار من متعدد وهنا يختار الطفل الإجابة الصحيحة ويتعامل معاً بأحد المفاتح للتعرف على ما إذا كانت إجابته خاطئة أم صحيحة عارضاً له شرحاً وتوضيحاً إضافياً فى حالة الإجابة الخاطئة وتعزيزاً فورياً فى حالة الإجابة الصحيحة، ثم تنقله الإجابة الصحيحة لإطار معرفى جديد علماً بأن البرنامج يوجه الطفل إلى أصل المعلومة المعرفية الواردة فى حالة كل إجابة خاطئة بالإضافة إلى الزمن المفتوح تبعاً لقدرته وسرعته الذاتية فى التعلم.

- من نوع المزاوجة بين عنصرين فى قائمة وأربعة عناصر فى قائمة أخرى.
- من نوع ترتيب الخطوات (ثلاث خطوات) يعاد ترتيبها ترتيباً صحيحاً.

٧- أعد البرنامج ليقوم بالتصحيح، أى حساب الدرجة المستحقة لكل نوع من أنواع الأسئلة الثلاث، على أن يحتسب للاختيار الخاطئ (-١)، وللاختيار الصحيح من المحاولة الأولى تبعاً لنوع السؤال (+٢) أو (+٤) أو (+٥) أو (+٦) أو (+٩) ومن ثم يقوم البرنامج بتجميع الدرجات وعرض الدرجة النهائية المستحقة فى نهاية البرنامج من نهاية عظمى (١٠٥ درجة).

٨- اشتمل البرنامج على (١٨١ صورة) تعرض الخمس والعشرين حالة من حالات الطوارئ والحوادث للأمان الشخصى، كما تضمن ثلاثين موقفاً حياتياً أى ثلاثين سؤالاً.

٩- تم حساب كفاءة البرنامج على عينة ممثلة لتلاميذ عينة الدراسة حيث بلغت (٩٦%ـ ٩٨%) وهى نسبة عالية وللحصول على تفاصيل أكثر عن البرنامج الرجوع إلى أصل البرنامج.

ثالثاً : تطبيق البرامج ونتائجها :

١ـ عينة التلاميذ المعوقين سمعياً :

أ- على ضوء التقويم الداخلى للبرنامج قبل التطبيق على عينة ممثلة من ثلاثة تلاميذ أمكن تحديد المحتوى الذى يمكن أن يقطعه التلميذ المتوسط الذى يتحدد فى الجلسة الواحدة للتعلم الذاتى باستخدام جهاز الكمبيوتر دون أن يكون مرهقاً للتلميذ أو مبعثاً لملل أو ضيقن وقد قسم البرنامج على عشر جلسات، ومدة الجلسة الواحدة خمس وخمسون دقيقة.

ب- أجريت فى اليوم الواحد (من السبت إلى الأربعاء أسبوعياً) جلستان مع تلميذان. كل تلميذ على جهاز مستقل (تم توفير جهازين بمعرفة الباحث) فى فترة مسائية من الساعة الخامسة مساء غداً يوم الأربعاء فكانت جلسة واحدة مع تلميذ واحد.

ج- استغرق تطبيق البرنامج كاملاً مع تلاميذ العينة.

د- تم رصد الدرجة النهائية لكل تلميذ، وقد تراوحت الدرجات بعد الانتهاء من البرنامج كاملاً بين (٨٢ درجة، ٩٤ درجة) من نهاية عظمى (١٠٥ درجة) أى بمتوسط (٨٧ درجة)، بما يعادل نسبة تحصيل ٨٢,٦% وتعتبر هذه النسبة عالية بالنسبة لعينة الدارسة.

٢- عينة أولياء أمور التلاميذ المعوقين سمعياً.

أ- أجريت خمس مقابلات مع أولياء الأمور دارت فى جلسات عصف ذهنى حول البرنامج الخاص بهم، وعن استجابة الأبناء لأسلوب التعلم الذاتى فى البرنامج الكمبيوترى.

ب- تم تجميع الاستبانات من أولياء الأمور، وتفريغ الآراء الواردة منهم استجابة عما تسأل عنه وقد أجمع أولياء الأمور على :

- زيادة معارفهم بما جاء فى البرنامج لما أدت إليه هذه المعارف من تنمية وعيهم بما يجب أن يوضع فى الاعتبار أمانا للأطفال، وحرصاً على عدم تعرضهم فى الأمكنة التى يرتادونها إلى أخطار أو حوادث طارئة.
- أهمية ما جاء فى برنامج الأبناء ودوره فى غرس الوعى الأمانى لديهم لاتخاذ كافة جوانب الحرص والحذر.
- أهمية برنامج الآباء لكافة الآباء والأمهات على حد سواء دون تخصيص لوالدى المعاق سمعياً بل والأسوياء أيضاً رغم توافر حواسهم.

وجدير بالذكر أن بعض الأباء والأمهات حرصوا على التواجد مع الأبناء خلال بعض فترات التعليم الذاتى بالبرنامج بمقر المدرسة، وتابعوا عن بعد ما يعرضه البرنامج، وأبدوا رغبة فى استكمال البرنامج مع توصيتهم بأن يكون هذا البرنامج سلاحاً آمنا لسلوكهم الأمانى حرصاً على حياتهم من الأخطار والحوادث، وتدريبهم على مواجهتها والتعامل معها عند تعرض الآخرين لها من الاهتمام بالآتى :

١- تزويد الأباء والأمهات بما يعمل على زيادة الوعى عناية بالصحة وأمان وتغذية للأبناء من أجل تعلم أفضل.

٢- الأخذ بالمستحدثات التقنية، وفنونها الصناعية التربوية لصقل وعى الأبناء بأساليب التعلم الفردى فى برامج تتناول ألوان وأشكال التربية الحياتية.

٣- زيادة العناية، والرعاية الفعلية والاهتمام بواقع الفئات الخاصة وتسخير مستحدثات التربية والتعليم الفردى والجمعى تمشيا مع روح العصر وتقديراً لقدراتهم التى لا تقل عن الأسوياء.

دراسة عن أثر مشاركة الوالدين فى تحصيل الرياضيات ومستوى الصحة النفسية للطلبة المعوقين سمعياً

تؤكد التوجهات الحديثة فى التربية الخاصة على أهمية مشاركة الوالدين فى البرنامج التربوى والعلاجى لأبنائهم من ذوى الاحتياجات الخاصة لما لهذه المشاركة، أن أحسن تنفيذها، من نواتج إيجابية على تحقيق الأهداف التربوية التى تستهدف الوصول بالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة إلى أقصى درجة من النمو تسمح بها طاقاتهم وقدراتهم. وإن كان هناك من اختلاف بين المهنيين والمختصين حول مشاركة الوالدين، فإن الاختلاف ليس على أهمية المشاركة، وإنما على مدى وحدود هذه المشاركة، وأشكال وطرق المشاركة الفعالة (جميل العماوى ١٩٩٦).

إن المختصين فى مجال التربية الخاصة من العاملين فى العيادات، والمدارس على وعى بحاجات والدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فيما يتعلق بالمعارف والمهارات اللازمة لهم لتنشئة أطفالهم والتعامل معهم، وذلك فى ظل غياب برامج رسمية تتعلق بتدريب الوالدين وتزويدهم بخبرات تنشئة الأطفال والعناية بهم. أن الجهود التى تتعلق ببناء شراكة بين المهنيين والوالدين يتوافق مع النظريات الحديثة فى النمو والتي تؤكد على أهمية البيئة الاجتماعية التى ينمو فيها الطفل. أن من الصعب فهم سلوك الفرد بدون فهم تأثيرات الأسرة على سلوك ذلك الفرد، كما إنه يصعب فهم سلوك الأسرة دون الأخذ بعين الاعتبار تأثير الأنظمة الاجتماعية الأخرى مثل الأسرة الممتدة، والأصدقاء والمهنيين على سلوك الأسرة (Hallanhn & Kauffman, 1991).

إن تشخيص طفل فى الأسرة من إنه ذو حاجة خاصة، يحمل معاناة كبيرة لدى الأسرة تتمثل بردود الفعل الرسمية تجاه مثل هذا الحدث غير المتوقع من قبل الأم، والأب، والأخوة، والأخوات. إن وجود طفل ذو حاجة خاصة في الأسرة يغير من سلوك أفرادها، وبالتالى بالطريقة التى يتفاعلون فيها معاً، وكذلك تتأثر الطريقة التى يتفاعل بها أفراد الأسرة كوحدة اجتماعية، وكأفراد مع الأصدقاء والأقارب وغيرهم.

إن ردود الفعل النفسية التى يظهرها والدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، تتمثل بالصدمة والإنكار، والرفض، والغضب، والشعور بالذنب، والخجل، والخوف، والانسحاب الاجتماعى، ولكنها تستوجب من المختصين أن يساعدوا الوالدين للتخلص منها، حتى يصلوا إلى مراحله تقبل الإعاقة والتكيف لوجود الطفل المعوق ضمن أفراد الأسرة. وعندما يصل والدا الأطفال المعوقين إلى حالة تقبل الإعاقة والتكيف لوجود طفل معوق فى الأسرة، فإنهم يحتاجون إلى مساعدة فى كيفية تنشئة أطفالهم. وفى هذه المرحلة، فإن على المهنيين والوالدين أن يتعاونوا لمساعدة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، على النمو والتعلم بما تسمح به طاقتهم وقدراتهم.

إن أى برنامج لمساعدة الوالدين من أجل تنشئة وتعليم أطفالهم من ذوى الاحتياجات الخاصة، يجب أن يركز على الحاجات الأساسية للوالدين والتى تتمثل فى دعم الجانب النفسى للوالدين، وخاصة مشاعرهم نحو طفلهم غير العادى. وكذلك ردود أفعال الأسرة والآخرين نحو هذا الطفل، بالإضافة إلى المعرفة بنمو الطفل ومبادئ وممارسات تنشئة الأطفال غير العاديين من أمثال طفلهم. وكذلك معارف وتدريبات فى محتوى وأساليب التعلم وبمبادئ تعديل السلوك وتطبيقاته فى مجال تنشئة الأطفال وتعليمهم.

يشير ماكدول آدمسون وود (McDowell, Adamson, wood, 1982)

إلى افتراضات أساسية حول مشاركة الوالدين يجب أن يأخذ المختصون بعين الاعتبار وهى :

- يهتم الوالدان بأبنائهم فى مختلف الأعمار، وأن هناك أسباب كثيرة حداً تفسر عدم مشاركتهم فى النشاطات التربوية فى المدرسة أو المركز.
- للوالدين حاجات مختلفة فى الأوقات المختلفة من نمو أطفالهم، ولذلك فإن تواجدهم ومشاركتهم تختلف من وقت إلى آخر.
- لدى الوالدين الآن معلومات أفضل من السابق حول حالة إعاقة طفلهم، وهذه المعلومات يمكن أن تكون قد وصلتهم عن طريق التليفزيون ووسائل الاتصال الأخرى.
- تقدم المدارس والمراكز هذه الأيام خدمات أفضل للوالدين مقارنة بالسنوات السابقة، إن هناك الكثير من الاتصالات الهاتفية، والملاحظات التى ترسل للمنزل، بالإضافة إلى توفر المرونة والتعاون من قبل العاملين فى المدرسة أو المركز.

إن برامج مشاركة الوالدين ليست مفضلة، وبحاجة لها فحسب بل إنها ضرورية كجزء من الخدمات المدرسية التي تقدم للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة لذلك، فإن الاهتمام هذه الأيام ليس التأكيد على أهمية ومبررات مثل هذه البرامج بقدر الاهتمام عن كيف يمكن أن تكون مثل هذه البرامج أكثر فاعلية. لقد أشار أحد الباحثين من أن المعلم هو الشخص المسؤول عن تقديم الخدمات لوالدى الأطفال، وبالتالى يجب عليها اتخاذ الخطوات العملية من أجل تنفيذ مثل هذه البرامج. وتسعى برامج الوالدين فى النهاية إلى تزويد الوالدين بالمعلومات الأساسية التى تتعلق باحتياجات أطفالهم ولمساعدة الوالدين، بطريقة عملية، على تلبية احتياجات أطفالهم.

إن من أهم مبررات مشاركة الوالدين فـــى برامـــج تربيـــة أطفالـــهم ذوى الاحتياجات الخاصة هو أن الكثير مما يتعلمه الطفل يحدث فى البيت، مما يعطـــى الوالدين والأسرة بشكل عام أهمية كبيرة فى التأثير على نمو الطفل عـــن طريـــق تعليمه وتدريبه. بالإضافة إلى أن فوائد مشاركة الوالدين لا تقتصر علـــى الطفـــل المستهدف، ولكنها تمتد إلى أخوته وأخواته الأطفال الآخرين فى البيت (Shearer & Shearer 1977) كما أن الوالدين يمكن أن يساعدا فى انتقـــال أثـــر التعلـــم والتدريب من المدرسة إلى البيت وتوفـــير الظـــروف المناســـبة لتثبيـــت التعلـــم وتعزيزه. من هنا، فإن القوانين والتشريعات الحديثة وخاصة فى البلدان المتقدمـــة، نصت صراحة على ضرورة مشاركة الوالدين فى إعداد البرنامج التربوى الفردى لطفلهم ذى الحاجات الخاصة (Akesson, 1995).

يشير ولش واوديوم (Welsh & Odumm 1981) بعد مراجعـــة الأدب حول مشاركة الوالدين أن هناك ستة أشكال أساسية لهذه المشاركة وهى :

- الدعم الاجتماعى والانفعالى للوالدين من قبل الأخصـــائيين والمشـــاركة فـــى مجموعات الوالدين والتى تتضمن المســـاعدة فـــى الحصـــول علـــى العـــون الاقتصادى والخدمات الاجتماعية الضرورية.
- مشاركة الوالدين فى تخطيط البرامج، وصنع القرارات، والتقييم حيث يمكـــن أن يساعدا فى نشر المعلومات عن البرامج وفى تطوير التشريعات الوطنية.
- تبادل الوالدين للمعلومات مع المعلمين والأخصائيين الآخرين.
- مشاركة الوالدين فى برامج التعليم والتدريب المصممة لهم والحصـــول علـــى التدريب الفردى على صعيد العمل مع الطفل.
- قيام الوالدين بتعليم أطفالهم فى المدرسة أو البيت وذلك بعد أن يتـــم تدريـــب هؤلاء الوالدين على أساليب التعليم.
- تطوع الوالدين للعمل داخل غرفة الصف.

كما أنه يمكن تصنيف مشاركة الوالدين بشكل عـــام إلـــى صنفيـــن، الأول مشاركة تتضمن المشاركة المباشرة فى التدريس، والثانى مشاركة تتضمن الدعـــم وتعزيز التعلم الذى يحدث فى المدرسة، وقد أشارت الدراســـــات إلـــى أن لكـــلا النوعين نواتج مدرسية إيجابية (Fantuzzo, Davis & Ginsburg, 1995).

ومع توافر عدد من برامج مشاركة الوالدين، والتى اقـــترحت مـــن قبـــل المختصين، باختلاف أشكالها ومستوياتها، فإنه لا يوجد برنامج واحد يمكن القـــول عنه بأنه الأفضل أن الاتجاهات الحديثة فى مشاركة الوالدين فى البرامج التربويـــة تعتمد على الأساس على الحاجات الفردية المحدودة للوالدين والمعلمين (Kelley, 1990).

لقد أشارت الدراسات فى مجال مشاركة الوالدين إلى بيـــان أهميـــة هـــذه المشاركة فى تلبية احتياجات الوالدين إلى الدعم النفسى والمعلومات حول الإعاقة، وكذلك لتلبية الاحتياجات التربوية للأبناء. ففى مراجعة للدراسات الســـابقة حـــول والدى الأطفال المعوقين نمائياً توصـــل وليـــامز (Williams, 1987) إلـــى أن المهنيين يجب أن يفهموا تكيف الوالدين لحالة الإعاقة، لأن مشاركة الوالدين فـــى برنامج الطفل يعتبر حاسماً. وقد أشارت دراسة أخرى حول مشاركة الوالدين فـــى برامج المعوقين فى مرحلة ما قبل المدرسة إلى أهمية دور الوالدين فى مجـــالات اتخاذ القرارات والتعليم وتقيم البرامج، وإن هذه المشاركة يجب أن تكون فرديـــة حتى تكون أكثر فاعلية (Allen & Hudd, 1987).

لقد توصل فيلدز وكوتمان (Fields & Cottman, 1998) فى دراســتهما إلى أن الوالدين يستطيعان أن يكونا مشاركين فعالين فى تعليم أبنائهم، بعد تدريبهم على ذلك، كما أنهما يستطيعان أن يكون مشاركين فعالين فى تعليم أبنائـــهم، بعـــد تدريبهم على ذلك، كما أنهما يستطيعان امتلاك التدريس الأساســـية للعمـــل مـــع الأطفال فى المنزل. وعن تفضيلات الوالدين للنشاطات التى يرغبون المشـــاركة

بها مع المدرسة، فقد أشارت دراسة جويس Joyce, 1987 إلى أن جميع الوالدين كانوا مهتمين بالمحافظة على التواصل مع معلمى أبنائهم بطريقة غير رسمية كالاتصالات الهاتفية والملاحظات المكتوبة.

- كما أشارت الدراسة المسحية على ٢٤٣ من والدى الأطفال المعوقين حول برامج أبنائهم ورضاهم عن الخدمات التى تقدم لهم أنهم يشعرون بالرضا بسبب مشاركة الوالدين (Witt, 1984).

ومع الحماس الذى يبديه كثير من المختصين فى مجال التربية الخاصة حول مشاركة الوالدين هذه الأيام، واستعراض نتائج الدراسات فى هذا المجال، يمكن الاستنتاج أن موضوع مشاركة الوالدين تنقصه دراسات تجريبية تبحث فى فاعلية أشكال هذه المشاركة فى البرامج التربوية للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، سيما وأن معظم الدراسات فى هذا المجال دراسات ارتباطية. من هنا تأتى أهمية هذه الدراسة، التى حاولت دراسة مشاركة الوالدين بطريقة تجريبية وفى بيئة محددة وفئة محددة أيضاً. وحيث أن خدمات التربية الخاصة فى الوطن العربى حديثة العهد نسبياً، فإن يفترض أن تكون برامج مشاركة الوالدين، بطريقة منظمة ومقصودة قليلة وإن وجدت، فإنها تحتاج إلى تطوير ودعم، ومن هنا أيضاً تعتبر نتائج هذه الدراسة بمثابة دعم وتشجيع وتفعيل برامج مشاركة الوالدين فى المجتمعات العربية.

تضمن برنامج مشاركة الوالدين عدداً من الإجراءات والنشاطات المنزلية المحددة تمثلت فيما يلى :

- اجتماعات دورية منظمة بين والدى الأطفال ومعلميهم لبحث طرق ووسائل التعاون والعقبات التى تحول دون ذلك وإجراءات التغلب على تلك العقبات، واختيار نشاط محدد لتفعيل دور المركز.

- الاحتفاء بانجازات الطفل التحصيلية من قبل الوالدين والقيام بنشاطات محددة يختارها الوالدين لتعزيز هذا الإنجاز.
- التواصل المنتظم بين المنزل والمركز عن طريق الاتصالات المنزلية والرسائل والملاحظات.

فالاجتماعات الدورية كانت تعقد كل ثلاثة أسابيع خلال الفصل الدراسى الذى أجريت فيه الدراسة، يدعى الوالدين إلى المركز على شكل مجموعات صغيرة، حسب ظروف الوالدين، وكانت تهدف إلى :

- أعلام الوالدين عن الوضع التحصيلى فى الرياضيات للطفل وخطة المعلم للأسابيع القادمة فى التدريس.
- مناقشة المعوقات التى تحول دون مشاركة الوالدين ، وتأكيد أهمية المشاركة لما فيه مصلحة الطفل.
- تبادل وجهات النظر حول مقترحات الوالدين أو المعلمين للمشاركة الفعالة وخبرات الوالدين فى هذا المجال .
- مساعدة الوالدين لاقتراح استراتيجية مشاركة فعالة للالتزام بها .

أما الاحتفاء بإنجازات الطفل فكانت تتم بعد إنجاز (٥) دروس فى الرياضيات، يكتب فيه للوالدين ما تم إنجازه الذى حققه الطفل ويطلب من الوالدين التواصل مع الطفل والحديث عن نجاحه وإنجازاته فى الرياضيات خلال المدة السابقة. كما يتضمن الاحتفاء بالإنجازات، ما يتفق عليه الوالدان والأطفال، كالنشاطات الترويحية التى تتضمن اصطحاب الطفل إلى السوق أو إلى الحديقة و شراء بعض الأشياء البسيطة له ..الخ. وقد كان يطلب من الوالدين كتابة النشاطات التى تم القيام بها وإرساله مع الطفل إلى المركز..

أما التواصل المنتظم بين المنزل والمركز فكان يتم باستمرار وذلك بهدف المحافظة على التواصل الشخصى مع الوالدين والحديث عن تقدم أبنائهم ولدعم مشاركتهم وللتعرف على ملاحظاتهم فيما يتعلق بمشاركتهم، ولتبادل الاستراتيجيات الناجحة لبعض الوالدين ولتشجيعهم على زيادة المركز أن تمكنوا من ذلك. كما أن للاتصالات الهاتفية أهداف تتمثل بالتأكد من التزام الوالدين بما تعهدوا بها من نشاطات المشاركة.

لقد أشارت نتائج الدراسة الحالية إلى أن برنامج مشاركة الوالدين الذى تضمن عدداً من الإجراءات والمهمات التى قام بها الوالدين بمشاركين المعلمين لدعم البرنامج التربوى الذى ينفذه المركز كان فعالاً وله آثار ايجابية فى تحسين الأكاديمى فى موضوع الرياضيات، كما أنه كان فعالاً وايجابياً أيضاً فى زيادة مستوى الصحة النفسية للطلبة الذى اشترك والديهم فى البرنامج المذكور.

إن هذه النتائج جاءت مؤيدة لما أورده كثير من الباحثين عن أهمية مشاركة الوالدين فى البرنامج التربوى للطفل كما أشار إلى ذلك شبرر وشير (Shearer & Shearer, 1977) واكسون (Akesson, 1995) وكذلك فاعلية هذه المشاركة وأثرها الإيجابى على البرنامج التربوى للطفل ذو الحاجة الخاصة كما أوضحت دراسات كل من الن وهد (Allen & Hudd, 1987) وفيلدز وكوتمان (Fields & Cottman) وويت (Witt, 1984) وديبرى (DeBerry, 1984).

إن النتائج الحالية تؤيد التوجيهات الحديثة فى مجال تقديم خدمات التربية الخاصة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، من أن الوالدين يمكن أن يساعدوا المعلمين والمهنيين لتحقيق أهداف البرامج التربوية. إن إهمال مشاركة الأسرة، والوالدين شكل خاص، للنشاطات التى يقوم بها المركز أو المدرسة، سيؤدى إلى التقليل من فاعلية البرنامج التربوى للطفل، ويلقى أعباءاً إضافية على المعلمين والمربين.

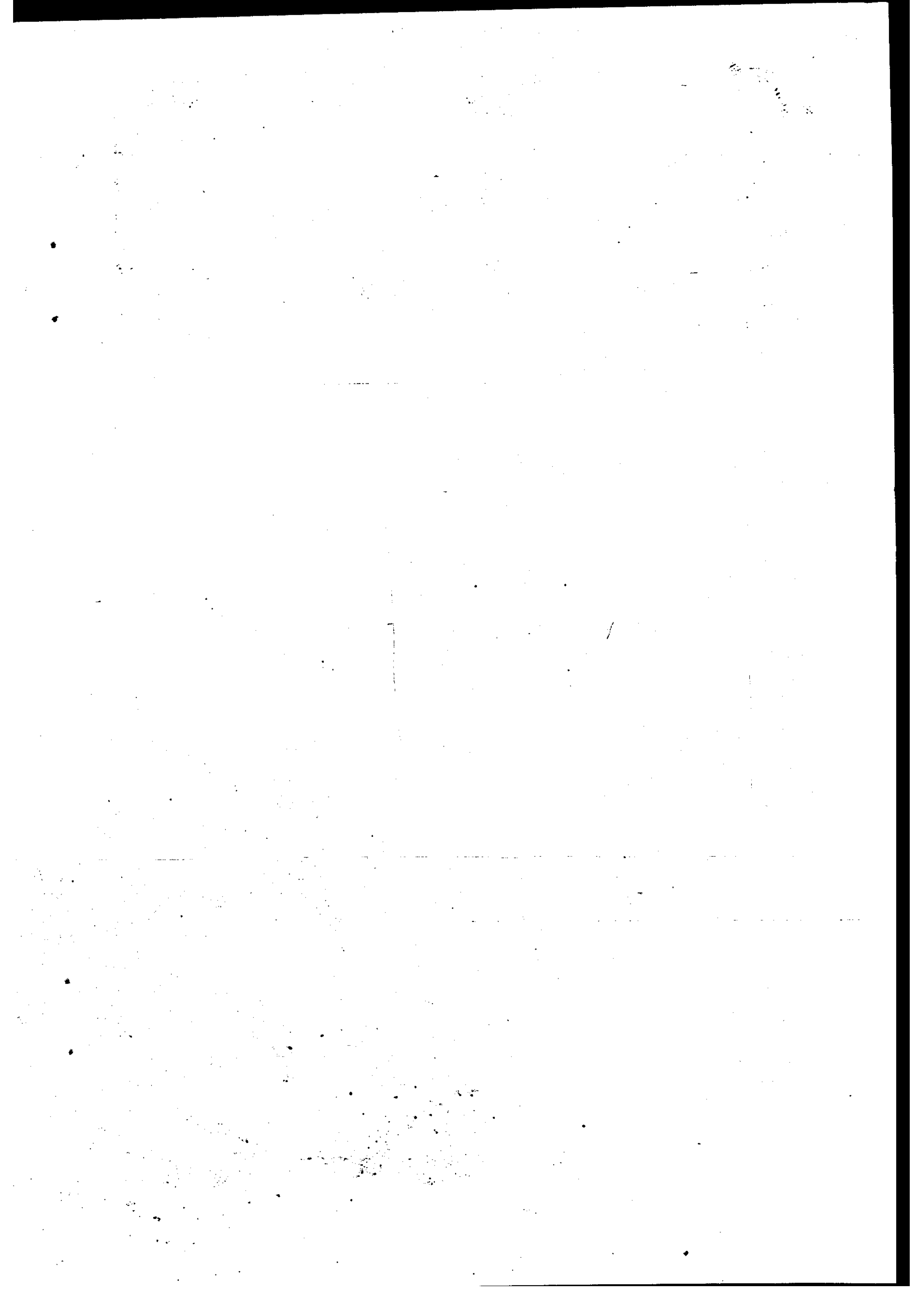
ولقد حاولت الدراسة الحالية التعرف على أحد أشكال مشاركة الوالدين فى البرنامج التربوى للأطفال المعوقين سمعياً عن طريق دعم ومتابعة نشاطات المركز الذى يلتحق به الأطفال والقيام ببعض الإجراءات مع التواصل المستمر بين المركز والبيت ولم يكن الهدف التدخل فى البرنامج للأطفال بشكل مباشر. إن مستوى مشاركة الوالدين التى حاولت الدراسة الحالية تقصى فاعليتها يمكن أن تكون مقبولة، إذا أن برنامج المشاركة لم يتضمن الكثير من النشاطات والإجراءات التى ربما ينزعج الوالدين من تنفيذها أو ربما لا يستطيعان القيام بها لا سيما أن الاهتمام بمشاركة الوالدين فى النشاطات التربوية حديث العهد نسبياً.

ولقد أشارت أدبيات التربية الخاصة حول علاقة المهنيين لوالدى المعوقين من أن المهنيين كانوا يتهمون الوالدين بأنهم سبب إعاقة أبنائهم أو أنهم سبب عدم فاعلية البرنامج الذى ينفذه المعلمين. ولكن هذه النظرة القديمة قد تغيرت هذه الأيام وأصبح الاعتقاد بأن الوالدين مشاركة فاعلين فى برامج أطفالهم المعوقين، وما الدراسة الحالية سوى محاولة لفحص وتأكيد هذا التوجه الجديد.

إن التحسن فى تحصيل الرياضيات للمجموعة التجريبية، مقارنة بالمجموعة الضابطة يظهر بأن الاهتمام والمتابعة من قبل الوالدين، والتواصل مع المركز، ومعرفة ما يخطط للطفل من قبل المعلم يعتبر من الأمور الحاسمة التى يجب الحرص عليها. كما أن التحسن فى مستوى الصحة النفسية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة يمكن أن تكون انعكاسية للنجاح والتقدم الذى يحرزه الطفل فى التحصيل والذى يظهر على صورة زيادة الثقة بالنفس والشعور بالإنجاز والنجاح خاصة وأن برنامج المشاركة تضمن تعزيز الطفل والاحتفاء بإنجازاته وربما ينعكس هذا الأثر على كثير من النشاطات والأعمال التى يقوم بها الطفل سواء فى المركز أو البيت.

الفصل الثالث

- مشكلات التعليم بمدارس الأمل وضعاف السمع بالحلقة الأولي من التعليم الأساسي.
- واقع الأنشطة التربوية بمدارس الأمل للصم وانعكاساته على بعض الجوانب النفسية.
- الملامح النفسية والتربوية والاجتماعية للمعوقين سمعياً.
- مسئوليات البيت فى رعاية المعوقين سمعياً.
- فعالية برنامج للأنشطة المدرسية فى دمج الأطفال المعاقين (عقليا ـ سمعياً) مع الأطفال العاديين.



مقـــدمـــة :

تهتم الدول المتقدمة اهتماماً كبيراً بتربية المعوقين من أبنائـــها وتعليمـــهم تحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص التعليمية، وايماناً منها بأن العناية بهم هى فى حد ذاتـــها توفير لطاقات انتاجية يستفيد منها المجتمع (محمد فوزى ١٩٩١).

ومن الفئات التى تدخل فى نطاق الإعاقة فئة المعوقين سمعياً، وهـــى فئـــة محرومة من التمتع بالحياة مع الأسوياء ولا تتوافر لدى افرادهـــا القـــدرة علـــى الاتصال الفكرى والاجتماعى، وإذا كان حاسة البصر وسيلة يتعرف بها الإنســـان على بيئته المادية، فإن حاسة السمع وســـيلته التـــى يتعـــرف بـــها علـــى بيئتـــه الاجتماعية، ومن هنا كان المعوقون سمعياً هم الطائفة التى تتطور حياتها بـــدون أن تتمتع بالاتصال أو التفاعل مع البيئة على أســـاس ســـمعى (مختـــار حمـــزة ١٩٦٤).

ولذا تدعو الضرورة إلى الاهتمام بتعليم ورعاية أطفال هذه الفئـــة وإلقـــاء الضوء على المشكلات والصعوبات التى تتصل بتعليمهم ومحاولة علاجها.

خصائص الطفل المعـــوق سمعيـــاً :

- لا يختلف الطفل المعوق سمعيا عن الطفل العادى فى شئ مـــن الخصـــائص الجسمية، وقد لوحظ أن الطفل العادى أكثر قدرة على التحكم فى تدفق النفـــس والصوت، على حين أن الطفل المعوق سمعياً لا يمكنه التحكم فـــى إصـــدار الأصوات لعدم قدرته على محاكاة نماذج الأصوات بسبب فقدان السمع (١٠ : ٥٢٦) (فتحى السيد عبد الرحيم وحليم السيد بشاى ١٩٨١).
- كشفت معظم الدراسات التى أجريت على القـــدرات العقليـــة عنـــد الأطفـــال المعوقين سمعياً عن أن هؤلاء الأطفال لا يختلفون اختلافـــاً جوهريـــاً عـــن الأطفال الذين يسمعون، ومن هذه الدراسات دراسة روزنشتاين Rosenstien

حيث يقرر أن الأطفال المعوقين سمعياً قادرون على الانخراط فـــى السـلوك المعرفى، ولكن ينبغى تعريضهم لخبرات لغوية أكبر (١٦ : ٤٤). (مصـــرى حنورة، ١٩٨٣).

- يميل الأطفال المعوقون سمعياً إلى الاكتئاب والحـــزن والتشـــاؤم أكـــثر مـــن الأطفال العاديين.
- يعانى البعض منهم من مشكلات سلوكية، كالعدوان والسرقة والرغبـــة فـــى التنكيل والكيد بالآخرين وتوقيع الإيذاء بهم، ولا تتوافر لديـــهم القـــدرة علـــى تحمل المسئولية.
- أثبت اختبار روجرز Rogers للشخصية أن التكيـــف الاجتمـــاعى للأطفـــال المعوقين سمعياً غير واضح، وأوضح اختبار فاينلاند Vinland أنـــهم غـــير كاملين من ناحية النضج الاجتماعى، ويميلون إلى الانسحاب مـــن المجتمـــع وذلك بسبب عجزهم عن التفاعل معه (١٧ : ١١٤).
- أن المخاوف تظهر بصورة واضحة لدى البنات المعوقات سمعياً، وأكثر هـــذه المخاوف ظهوراً هى الخوف من المستقبل (١٢ : ١٤٩).

أنواع مدارس الأطفال المعوقين سمعيا :

يمكن تحديد أنواع المدارس التى يتعلم فيها الأطفال الصم وضعاف الســـمع فيما يلى :

١- المدارس الابتدائية العادية، حيث يتم فيها تعليم الأطفال المعوقيـــن ســـمعياً إذا كان صممهم من النوع الخفيف، ولديهم بقايا سمع عالية تمكنهم من الاســـتجابة داخل الفصول العادية عندما تم تكبير الصوت لهم، فذلـــك يســـاعدهم علـــى الاندماج فى المجتمع المدرسى العادى (Ewiag a lady 1961).

٢- فصول ملحقة بالمدارس الابتدائية العادية تخصص للتلاميذ الذين لديهم كمية من بقايا السمع، ولكنهم لا يستجيبون استجابة كاملة للصوت المبكر.

٣- مداس خاصة بالأطفال المعوقين سمعياً إذا كانت درجة إعاقتهم السمعية شديدة تزيد على ٧٥ (ديسبل)، وهذه المدارس قد تكون داخلياً أو يومية (Holman 1980).

٤- مدارس خاصة داخلية تخصص للأطفال الصم المصابين باعاقات إضافية بجانب الإعاقة السمعية (Holman 1980).

ومدة الدراسة بالحلقة الأولى بمدارس الأمل وضعاف السمع (٨) سنوات ومدة الدراسة بالمرحلة الاعدادية المهنية (٣) سنوات، وتعد هذه المرحلة منتهية حيث لا يسمح لخريجها بالالتحاق بالمرحلة الثانوية.

وقد حددت وزارة التربية والتعليم أهداف تعليم المعوقين سمعياً بالحلقة الأولى بالتعليم الأساسى كما يلى :

- تحقيق النمو المتكامل لجميع جوانب شخصية الطفل المعوق سمعياً جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً ونفسياً.
- تأهيله لأخذ دوره فى المجتمع بحيث يتزود بقدر مناسب من المعرفة والثقافة والتدريب المهنى يمكنه من التكيف والاندماج مع المجتمع وعدم الانعزال عنه.
- اكسابه الاتجاه إلى محبة العمل اليدوى، واحترام القائمين به وتقديرهم.
- المعاونة فى علاج الآثار النفسية التى بتركها لديه الإعاقة السمعية، واشعاره بالرضا والاستقرار النفسى وتقبله لاعاقته وتقبل المجتمع له.
- تدريبه على مهارات التخاطب التى تمكنه من التعامل والتفاهم مع أفراد المجتمع الذى يعيش فيه.

شـــروط الالتحاق بمدارس الأمل وضعاف السمع :

حددت الإدارة العامة للتربية الخاصة قواعد القبول بمدارس الأمل وضعاف السمع كما يلى :

١- تقوم مدارس وفصول الأمل وضعاف السمع بإحالـــة جميـــع التلاميـــذ المتقدميـــن للالتحاق بها إلى الصحة المدرسية لإجراء الفحوص الطبيـــة العامـــة، والنفسـية واختبارات الذكاء وقياس السمع، والقيام بالبحث الاجتماعى وذلك بمعرفة الأطبـــاء العاملين، والاخصائيين النفسيين والاجتماعيين للتحقق من نوع ودرجـــة الاعاقـــة السمعية وتقويم القدرات الحسية والبدنية لهؤلاء الأطفال.

٢- يقوم المدرسون المتخصصون بمدارس الامل وضعاف السمع بإجراء الاختبـــارات اللازمة لتقدير المستوى التحصيلى واللغوى والكلامى لكل تلميذ، وتوضـــع نتـــائج هذه الاختبارات بملف التلميذ.

٣- تشكل بكل مدرسة لجنة فنية برئاسة ناظر أو ناظرة المدرسة، وعضوية كـــل مـــن الطبيب والاخصائى النفسى والاجتماعى، وعضو من هيئة التدريس وتقـــوم هـــذه اللجنة بدراسة كل حالة على حدة على ضوء التقارير المقدمة منها لتحديد الحـــالات التى يمكن قبولها فى حدود الأماكن الخالية وتعتمد قرارات هذه اللجنة من المديريـــة التعليمية التى تتبعها المدرسة.

٤- تقبل مدارس وفصول الصم من كانت عتبة السمع عنده تـــتراوح بيـــن ٧٥ـــ ١٢٠ ديسبل فى الأذن الأقوى بعد العلاج ولا يوجد لديه تخلف عقلى.

٥- يقبل مدارس وفصول ضعاف السمع التلاميـــذ ضعـــاف الســـمع المحولـــون مـــن المدارس الابتدائية العامة الذين لا يتمكنون من متابعة الدراسة بجـــانب زملائـــهم العاديين ولا يمكن قبولهم بمدارس الأمل، ويقبل التلاميـــذ ضعـــاف الســـمع وفقـــاً للشروط الآتية :

▪ التلاميذ ضعاف السمع الذين تتراوح عتبة سمعهم بين (٢٥ـ ٤٥) ديسبل في الأذن الأقوى بعد العلاج، وليست لديهم حصيلة لغوية تمكنهم من متابعة الدراسة في المدارس العامة ولديهم ذكاء متوسط.

▪ التلاميذ ضعاف السمع الذين تتراوح عتبة سمعهم بين (٥٠ـ٧٥) في الأذن الأقوى بعد العلاج، ولديهم ذكاء فوق المتوسط وحصيلة لغوية مناسبة لهذه الفصول.

النتائج :

أهم ما توصلت إليه الدراسة من مشكلات كالآتى :

١- عدم وضوح أهداف التعليم بمدارس التربية السمعية لدى بعض العاملين في هذا المجال بدرجة واضحة.

٢- عدم التزام بعض مدارس الأمل وضعاف السمع بالقواعد التى تحددها إدارة التربية الخاصة في قبول التلاميذ المعوقين سمعياً.

٣- عدم التجانس بين التلاميذ المعوقين سمعياً داخل الفصول من حيث درجة فقدان السمع.

٤- لا تتاح الفرص أمام التلاميذ الذين لديهم إعاقة سمعية خفيفة للاندماج مع زملائهم العاديين داخل الفصول الدراسية العادية.

٥- عدم توافر المرونة في البرامج التعليمية التى تقدم للتلاميذ المعوقين سمعياً بحيث تتنوع تبعاً لاختلاف درجة الإعاقة السمعية لديهم.

٦- عدم صلاحية الكتب المدرسية المخصصة للتلاميذ المعوقين سمعياً حيث أنها هى نفس الكتب المقررة على التلاميذ في المدارس العادية.

٧- افتقار المعلمين إلى اتقان أساليب التواصل الحديثة مع التلاميذ المعوقين سمعياً.

٨- افتقار مدارس الأمل وضعاف السمع إلى المعينات السمعية الفردية والجماعية وأجهزة النطق والكلام.

٩- النقص الواضح فى تجهيزات الفصول بمدارس الأمل وضعاف السمع.

١٠- عدم صلاحية أساليب إعداد معلم التربية السمعية بالبعثة الداخلية، وعدم توافر البرامج التدريبية المتطورة لمعلمى الصم وضعاف السمع.

١١- الافتقار فى توفير الرعاية النفسية والاجتماعية والطبية للتلاميذ المعوقين سمعياً.

١٢- قلة التعاون بين مدارس الأمل وضعاف السمع وبين أسر التلاميذ المعوقين سمعياً فى مجال التربية السمعية.

١٣- عدم توافر الرضا النفسى لدى الكثير من العاملين فى هذا المجال.

ثالثاً : بعض المقترحات والتوصيات :

بعض المقترحات التى قد تفيد في مواجهة بعض مشكلات التعليم بمدارس الأمل وضعاف السمع والتى كشفت عنها الدراسة الميدانية يمكن ابرازها كما يلى:

أولاً : فيما يتصل بشروط القبول بمدارس الصم وضعاف السمع وتنظيم الدراسة وتصنيف التلاميذ :

ضرورة العمل على تطبيق شروط القبول بمدارس الأمل وضعاف السمع تطبيقاً صحيحاً، حتى لا يتسرب إليها التلاميذ الذين لا تنطبق عليهم هذه الشروط.

- وضعف نظام تعليمى خاص بالتلاميذ المعوقين سمعياً يتفق ودرجة فقدان السمع عندهم، فالأطفال الذين تكون إعاقتهم السمعية خفيفة لا مانع من الحاقهم بالفصول العادية على أن يجلسوا فى المقاعد الأمامية، مع تطبيق أسلوب قراءة الشفاه معهم عند الحاجة، ومن تكون درجة اعاقتهم أما من يصل فقد سمعهم إلى درجة كبيرة فإنه من الأوفق دائماً أن يكون تعليمهم فى مدارس خاصة بهم.

- تصنيف التلاميذ المعوقين سمعياً إلى مجموعات متجانسة قدر الإمكان حسب درجة فقدان السمع، والعمر الزمنى، والعمر العقلى، وكذلك النمو اللغوى.

ثانياً : فيما يتصل بالمناهج وطرق التدريس :

- تصميم برامج تعليمية متنوعة لمواجهة الاختلافات الموجودة فى درجة الإعاقة السمعية والقدرة على الكلام بين التلاميذ المعوقين سمعياً.
- تنويع طرق التواصل مع التلاميذ المعوقين سمعياً مثل أسلوب الاتصال الشفوى، أساليب الاتصال اليدوى وأساليب الاتصال الكلى، وتدريب المعلمين على اتقانها.
- اعداد كتب مدرسية خاصة للتلاميذ المعوقين سمعياً تتناسب وظروف الإعاقة السمعية، وتكون مناسبة من ناحيتى الكم والكيف.

ثالثاً : فيما يتصل بالمبانى والمعينات السمعية والتجهيزات الفيزيقية :

- وضع خطة لإنشاء مدارس خاصة بالمعوقين سمعياً تتناسب مبانيها مع ظروف الإعاقة السمعية، وتختلف عن مبانى المدارس العادية، وتزويد فصولها بالتجهيزات والأدوات اللازمة لتيسير العملية التعليمية.
- ضرورة استخدام التلاميذ المعوقين سمعياً للمعينات السمعية فى وقت مبكر، وأن تتكفل الدولة بتقديم الأجهزة السمعية للتلاميذ المعوقين سمعياً بدون مقابل أو بسعر رمزى.
- دعم الصلة بين مدارس الأمل وضعاف السمع وأقسام الوسائل التعليمية بالمديريات التعليمية لابتكار وتنفيذ الوسائل التعليمية اللازمة لمدارس المعوقين سمعياً.
- انتاج أفلام وشرائح تعليمية للتلاميذ المعوقين سمعياً تتصل بمختلف المناهج الدراسية، لأن الصم يسمع ويرى بعينيه.

رابعاً : فيما يتصل باعداد المعلم وتدريبه :

- النهوض بمستوى اعداد معلم التربية السمعية بحيث يكون على المستوى الجامعى فى أقسام للتربية الخاصة تنشأ فى كليات التربية.
- تنظيم برامج تجديدية ومستمرة لتدريب العاملين فى مجال الإعاقة السمعية والاستعانة بالخبراء المتخصصين فى هذا المجال.
- منهج المعلمين العاملين فى مجال الإعاقة السمعية حوافز مالية لا تقل عن ٥٠% من المرتب الشهرى تشجيعاً لهم على العمل فى هذا المجال.

خامساً : فيما يتعلق بالرعاية النفسية والاجتماعية والطبية للتلاميذ المعوقين سمعياً.

- توفير الرعاية النفسية والاجتماعية والطبية للأطفال المعوقين سمعياً وتزويد مدارسهم بالاخصائيين النفسيين والاجتماعيين المتخصصين فى أساليب التعامل مع التلاميذ المعوقين سمعياً، وتوفير الأطباء والزائر الصحيات اللازمين للعمل بهذه المدارس.
- تدعيم الأقسام الداخلية بمدارس المعوقين سمعياً لاستقطاب التلاميذ الذين يسكنون فى المناطق البعيدة.
- تنظيم برامج متطورة لآباء وأمهات الأطفال المعوقين سمعياً يتعلمون فيها ويتدربون على أساليب معاملة أطفالهم، وبذلك يستطيعون معاونة المدرسة معونة تامة فى التعليم، كما أن الأباء والأمهات-أنفسهم من العناية بأبنائهم، وإدراك مشاكلهم والتفكير فى أيسر السبل لحلها. وكذلك حل مشكلات الوالدين النفسية واعطائهم الامل فيما يختص بمستقبل أبنائهم.
- ضرورة تسهيل الاكتشاف المبكر للإعاقة السمعية لدى التلاميذ الصم وضعاف السمع، فقد أثبتت جميع الدراسات والبحوث مدى أهمية الاكتشاف المبكر على تربيتهم وتأهيلهم للسمع والكلام.

- إنشاء فصول حضانة ملحقة بمدارس الأمل وضعاف السمع يقبل فيها الأطفال المعوقين سمعياً من سن ثلاث إلى خمس سنوات وبذلك يقل احتمال نشوء المشاكل التى قد تنتج من تركهم فى خلال هذه الفترة، وقد بدئ بهذه التجربة فى الخارج ونجحت نجاحاً كبيراً وكانت عاملاً قوياً فى تقليل الفوارق بين المعوقين سمعياً والأسوياء فى التعليم.
- الكشف الطبى الدورى على تلاميذ المرحلة الابتدائية العامة، وتحويل من يتم اكتشاف الإعاقة السمعية لديهم إلى مدارس الأمل وضعاف السمع.

واقع الأنشطة التربوية بمدارس الأمل للصم

تعتبر محاولة رود لفوس اجريكولا Rodolphus Agricola (١٤٤٣ــ١٤٨٥م) أول محاولة جادة فى تعليم الأصم، ثم جاء بعده بيدروبونس دى ليون Pederoponce de Leon وهو الذى قام بتعليم الصم فى أسبانيا وهو يعتبر أول معلم للصم وقام صموئيل هينيك Samuel heinicke ١٧٧٨ بتأسيس أول مدرسة للصم فى مدينة درسون ويعتبر أول من علم الصم بطريقة الإشارة فى فرنسا ويرجع الفضل إلى جالوديت Galudet ١٨١٧ الذى انشأ أول مدرسة للصم وقدمت دراسة (أحمد عبد الله، ١٩٨٥) اعتقاداً حيوياً بأن بعض أولياء الأمور يرون أن النشاط المدرسى الحر يتسبب فى عزوف أبنائهم وبناتهم عن التحصيل الدراسى (أحمد عبد الله، ١٩٨٥) كما حدد خاطر وشحاته (١٩٨٤) المعالم الرئيسية لاختيار المشرف وهى تشمل بعض الجوانب النفسية والعقلية والاجتماعية والإدارية (خاطر وشحاته، ١٩٨٤).

وتوصل (سوليفان Sullivan، ١٩٨٠) إلى أن الطلاب من المستوى الاقتصادى الاجتماعى المتوسط يمارسون دور أكبر فى الأنشطة عن غيرهم، وأن المعلمين يقبلون على الإشراف على الأنشطة عندما يحصلون على مكافئات مجزية (سوليفان Sullivan، ١٩٨٠ : ١٥) كما حدد ريان، ١٩٧٤ مجموعة من

الأهداف يمكن أن تساهم فى زيادة كفاءة أداء الأنشطة وهى : تنمية المهارات الأساسية للمتعلم، والعضوية الناجحة فى الجماعات، والصحة الجسمية والنفسية وإثراء الدراسة داخل الصف، كما بين ريان أن من أهم الأسباب التى تعوق أداء النشاط : نقص الإعداد التربوى للمدرسين والإداريين، وازدحام خطة الدراسة بالحصص، وقصر اليوم الدراسى، ونقص حوافز المدرسين، ونقص الخامات والأدوات والأماكن اللازمة لممارسة النشاط (ريان، ١٩٧٤ : ١١٢). وأشارت دراسة (جلال عبد الوهاب، ١٩٨٠) أكد إلى أن أفضل الجماعات التى تحظى بجاذبية الطلاب هى جماعة الرحلات، والزيارات، والنشاط الرياضى، والنشاط الدينى، والنشاط الفنى، كما أن قلة الإمكانات وكثرة المواد الدراسية، وطول المقررات، وقلة أماكن مزاولة النشاط وعدم مناسبتها، هى أهم العقبات التى تحول دون تنفيذ النشاط بالصورة المنشودة (جلال عبد الوهاب، ١٩٨٠: ٩٨).

وأشارت (ميللر Meller، ١٩٧٦) إلى أن الطالبات يشتركن فى الأنشطة التى تتصل بالأندية والجمعيات والنشاط الفنى، ولكن البنين يشاركون فى الأنشطة الرياضية والتى تحتاج إلى مجهود بدنى أكبر (ميللر Meller، ١٩٧٦) وبينت دراسة (ريان، ١٩٧٤) أن الفرق فى مستوى التحصيل يزداد خبرات النشاط المدرسى بالمقررات الدراسية، كما أن هناك اجماع بين أراء المسئولين عن النشاط المدرسى على إمكانية تحقيق النشاط لنتائج تربوية قيمة.

ولا تعتبر فكرة النشاط حديثة، بل قديمة قدم نشأة التعليم، حيث انتشرت أيام الإغريق والرومان وتمثل النشاط فى أنشطة الدراما والموسيقى والمناظرة والرياضة البدنية (جلال عبد الوهاب، ١٩٨٠). هذا وقد مرت الأنشطة التربوية بأربعة مراحل : الأولى تجاهل الأنشطة، فجاء عددها قليل، لا ترتبط بالأهداف المدرسية وانصب اهتمام المعلمين على المواد الدراسية فقط، وفى المرحلة الثانية قويت فيها معارضة إدارة المدرسة لها، حيث ازداد عددها وطغت على وقت

الطلاب وهددت الجو الأكاديمى، واعتبرت أداة تصرف الطـلاب عـن عملـهم المدرس العلمى، وجاءت المرحلة الثالثة عندما حدث تقبل للأنشطة خارج إطـار المنهج واعتبرت جزء من وظيفة المدرسة، وساعد ذلك علـى اهتمـام الطـلاب وأولياء الأمور بها، وفى المرحلة الرابعة جاء الاهتمام بالأنشطة غـير الصفيـة Out of class activities حيث تغير النظرة التربوية مـن مرحلـة الاهتمـام بالمعلومات إلى مرحلة الاهتمام بنمو القدرات الشـخصية والاجتماعيـة ويشـير جونستون، ١٩٦٤ إلى أن أول مقرر دراسى خصص لتنظيم وإدارة النشاط خارج المنهج Extra curricular Activities ادخل بالمدارس فى الولايـات المتحـدة الأمريكية عام ١٩١٧ ومنها إلى دول العالم وذلك بهدف محاربـة الملـل الـذى يصيب التلاميذ والطلاب من جراء الدراسة النظرية الجافة التى تشـغل وقتـهم ؟ وكذلك للعناية بالأجسام وتحقيق اللياقة البدنية واتسع مجال الأنشطة بعد ذلك ليضم مناشط مختلفة مثل الجمعيات، والنوادى، والجماعات ولتصبح له أهداف : ثقافيـة، واجتماعية، وروحية ومع تغيير مفهوم المنهج أصبح النشاط ركيزة أساسية مـن ركائز المنهج مصاحباً له وفى خدمته (محمد الحبشى، ١٩٩٦).

أهداف النشاط (عمرو رفعت ١٩٩٨)

أهداف النشاط المدرسى :

يسهم النشاط المدرسى فى تحقيق عدة أهداف منها :

- الكشف عن مواهب وميول التلاميذ وصقلها للوصول بـها إلـى الابتكـار والإبداع.
- تعويد التلاميذ على كيفية الانتفاع بوقت الفراغ، بمـا يزيـد مـن قابليتـهم للتحصيل الدراسى.
- تربية التلاميذ على كيفية تخطيط العمـل وتنظيمـه، وتحـدد المسئولية، والتدريب على القيادة والتبعية.

- تنمية الروح الرياضية والعمل التعاونى فى فريق واحد.
- إشباع حاجات التلاميذ إلى اللعب والتنافس والاستمتاع بالحياة.
- الحد من آثار العزلة والاغتراب.
- تنمية مهارات التعامل الاجتماعى.
- تنمية التذوق الفنى والجمالى والأدبى.
- تحقيق الكفاية الاقتصادية والمهنية، حيث تعين الأنشطة التلاميذ المشاركين فيها على الاستكشاف المهنى، والتعرف على طبيعة المهن ومتطلبات النجاح فيها ؟ مما يمثل بداية التفكير المهنى.

وظائف النشاط المدرسى :

يسعى النشاط المدرسى إلى تحقيق الوظائف الآتية :

١ـ الوظيفة السيكولوجية :

وتتمثل فى :

- تعديل السلوكيات الضارة بممارسة الأنشطة وتعديلها إلى سلوكيات مرغوبة.
- استنفاد الطاقة الزائدة لدى التلاميذ.
- تنمية الميول والمواهب وخلق الدافعية فى التعلم الصفى.
- اكتشاف نواحى التقدم أو التخلف أو الانحراف فى أى مرحلة من مراحل النمو.

٢ـ الوظيفة الفسيولوجية :

ويتمثل فى خفض حالات القلق والانفعال المصاحبة للضيق والغضب، كما يعمل على تنشيط أجهزة الجسم وتهيئة الفرد لإشباع حاجاته العلمية ومن ثم اكتمال الصحة والنمو البدنى.

٣ـ الوظيفة الاجتماعية :

وتتمثل فى اتاحة الفرصة للتدريب العملى للطلاب، حيث يمارسون الأساليب الديمقراطية، ويعرفون مبادئ الحق والواجب، والأخذ والعطاء، وتحمل المسئولية والتعاون، وتقدير تنمية الوقت الانتاجية واستثماره.

٤ـ الوظيفة الاقتصادية :

تتمثل فى الكشف عن المواهب والميول للتلاميذ وفى التوجيه المهنى بما يتفق مع مكونات شخصياتهم، ويساهم فى تحقيق الاستقرار النفسى ورفع مستوى الإنتاج إلى أقصى درجة ممكنة.

٥ـ الوظيفة التربوية :

وتتمثل فى المشاركة البناءة للمتعلم فى العمل الجماعى، وحب النظام، والحفاظ على الملكية العامة، والإيمان بضرورة العمل واهمية العمل اليدوى وجدواه (أحمد عبد الله، ١٩٨٥).

مجالات النشاط المدرسى :

يشير (خاطر، شحاته، ١٩٨٤) إلى أن مجالات الأنشطة تشمل الأنواع الآتية :

١ـ النشاط الثقافى والعلمى Cultural & Scientific Activity

ويهدف هذا النشاط إلى تنمية الطاقات الفكرية للتلاميذ، وتدريبهم على البحث والاطلاع، ومن أمثلة هذا النشاط : الندوات واللقاءات الثقافية، وتنظيم المحاضرات والمناظرات، وموضوعات البحث، والمناقشة وفى الصحافة المدرسية يتدرب التلاميذ على التحرير وجمع المعلومات وإصدار صحف الحائط. وبالنسبة للمكتبة المدرسية، تنظيم الأندية الثقافية التى تضم الكتب والمجلات والصحف. وفى الإذاعة، يتدرب التلاميذ على وضع البرامج وتنظيم مواعيدها

وتقديمها عبر الميكرفون، فتكون منطلقاً للمواهب فى الخطابة، والإلقاء، والأغانى، والأناشيد والموسيقى.

٢ـ النشاط الفنى: Art Activity

ويهدف إلى تنمية الثقافة الفنية، وإتاحة الفرصة للتلاميذ الموهوبين فى النواحى الفنية للممارسة هواياتهم وتذوق الجمال والإبداع، وتقدير قيمة العمل الفنى، ويعتبر من أفضل المجالات التى تتيح الفرص للتعبير عن النفس، وترجمة ما يخالجها من مشاعر ومعانى نفسية، ومن أمثلة هذا النوع: الفنون التشكيلية، والتمثيل، الموسيقى، وتشمل الفنون التشكيلية، الرسوم التعبيرية والزخرفية كالنقش الزخرفى على الأطباق والزجاج والأقمشة والأشغال اليدوية لتنفيذ النماذج الخشبية والمعدنية والخزفية والفخارية، وفى هذا النشاط يتعرف التلاميذ على أنواع الخامات المختلفة ويشمل التمثيل : تقديم المسرحيات بأنواعها : الحركية المنطوقة والبيئية المنطوقة، والسلوكية والرمزية والواقعية والترفيهية، كما يشمل الأعمال المرتبطة بمسرح العرائس والفن الشعبى.

ويهدف التمثيل إلى تعويد التلاميذ العمل التعاونى فى فريق لتحقيق أهداف مشتركة، كما يهدف إلى التوعية بمشكلات المجتمع الصحية والخلقية والمساهمة فى الاصلاح الاجتماعى وتنمية المواهب الفنية والقدرات العقلية المرتبطة بالخطابة، وفن الإلقاء، وتجميل المسرح، وتشكيل الإضاءة، وكذلك زيادة الحصيلة اللغوية، بجانب التعبير بالحركة والعاطفة كما يهدف إلى إضفاء المرح والبهجة والسرور على الجو المدرسى، وتشمل الموسيقى العزف على الآلات الموسيقية من بيانو، وكمان ومندولين، وعود، وآلات إيقاعية كالطبول والدفوف ويشترك التلاميذ فى الفرق الموسيقية التى يختارونها مثل فرقة الكورال، وفرقة الغناء والأناشيد، والأوبريت وفرقة الاستماع والتذوق، وتمكنه من المواءمة بين النواحى الإدراكية والنواحى الوجدانية، وأحداث التكامل بين الطاقة المعرفية، والطاقة العاطفية.

٣- النشـاط الاجتماعى Social Activity

ويهدف إلى تدريب التلاميذ على حسن التعامل مـــع الآخريـن، وتكـون علاقات اجتماعية سليمة بما يخفف من التوتر والخلافات بين الأفــراد، ويعتـبر العمل الجماعى والتعاونى مجالا خصبا لممارسة القيادة والتبعية وتوزيـــع الأدوار فى العمل المشترك.

ومن أمثلة هذا النشاط : الرحـــلات والزيـارات، والجمعيـة التعاونيـة، المقصف المدرسى، وخدمة البيئة المحيطة ففى الرحـــلات والزيـارات يكتسب التلاميذ خبرات جديدة عن طريق المشاهدة وملاحظة الأشياء على الطبيعة وتتـاح الفرصة لهم لممارسة التخطيط للرحلة، وتحمل المسئولية لتنظيمها والإعداد لـــها، وتسجيل الخبرات التى تكشف عنها كل رحلة أو زيارة.

وفى الجمعية التعاونية المدرسية (المقصف المدرســـى) يتـدرب التلاميـذ والطلاب على المشروعات الجماعية، وتنظيم الاشـــتراكات وممارســة أســاليب الإدارة، بجانب التدريب على النواحى الاقتصادية مثل تمويل المقصف وعمليـات الشراء والبيع، والتسجيل ومراجعة الفواتير، والتخزين، وتنظيم المبيعات وإمســاك الدفاتر واستخراج الأرباح والخسائر وتنظيم الايصالات والأسهم، وفـــى خدمـة البيئة المحيطة بالمدرسة، يمكن للتلاميذ أن يشاركوا فى حـــل مشـكلات البيئـة، وتدعيم أواصر التعاون بين المدرسة والمنزل والعمل على امتداد رسالة المدرســة خارج أسوارها من خلال الاتصال بالمؤسسات الاجتماعية، والمشاركة فى تنفيـذ المشروعات التى تعمل عن المرضى بالمستشفيات والمشاركة فـــى الاحتفـالات والأعياد والمناسبات الوطنية الرئيسية والدينية.

٤- النشاط الرياضى Athletic Activity

ويهدف إلى تحقيق أهداف التربية البدنية والصحيــة للتلاميـذ والطـلاب ويشمل : الألعاب الرياضية المختلفة الجماعيــة والفرديــة والمباريـات فصـول

والخارجية والعروض والحفلات والمهرجانات الرياضية (على المستوى المحلى والقومى والدولى) واللياقة البدنية والصحية وتشمل الألعاب الرياضية المختلفة : الألعاب الجماعية (كرم القدم، كرة السلة، الكرة الطائرة كرة اليد) والألعاب الفردية (التنس، وتنس الطاولة، كرة السرعة، السباحة، الجمباز، ركوب الدرجات، العاب القوى) وفى هذا النوع من النشاط تنطلق الطاقة الحركية للتلميذ حيث يشبع فى اللعب ميوله ورغباته فى حرية وارتياح من خلال المشاركة فى الألعاب الرياضية المختلفة، والمباريات والانتماء للفرق، والمسابقات المختلفة، كما تتحقق له مزايا شخصية ثقافية واجتماعية.

٥ـ النشاط الصحى Health Activity

ويهدف إلى تنشئة التلميذ على اتباع القواعد الصحية السليمة بما يكفل له سلامة الجسم، وإكسابه المناعة الكافية للوقاية من الأمراض والاضطرابات الجسمية والنفسية، ومن خلال تزود الطالب بالمعلومات الصحية المرتبطة بالتشخيص والوقاية، والعلاج بالقدر المناسب لمستواه، وبما يؤدى إلى رفع المستوى الصحى له ولأسرته، وللمحيطين به. ويشمل هذا النشاط التدريب على الاسعافات الاولية، وحملات الوقاية من الأمراض المعدية، ونشر الوعى الصحى بين أفراد أسرة المدرسة.

٦ـ نشاط الهوايات العملية :

ويهدف إلى إتاحة الفرصة للتلاميذ لاشغال بعض وقتهم فى ممارسة الهوايات العملية التى تساعد على تدريبهم، واحترامهم للعمل اليدوى، ويتضمن هذا النشاط العديد من الأعمال منها الزراعة، الكتابة بالآلات الكاتبة والكمبيوتر، والبناء، والتجارة، والسباكة، والحدادة، واصلاح الأجهزة الكهربية. وفى هذه الأعمال يستطيع التلميذ أن يختبر قدرته على العمل والإنتاج، وأن يرى بطريقة ملموسة نتيجة جهوده، ومدى ما يستطيع الوصول إليه من اتقان لما يقدم به من

عمل كما يتعلم بالعمل والممارسة ويكتب الكثير من المعلومات من الخامات وشرائها وتصنيعها، ومن عمليات الاستهلاك والإنتاج والصيانة وبما يجعله قادراً على مواجهة متطلبات حياته المستقبلية.

٧ـ نشاط التربية النسوية :

ويهدف إلى تحقيق أهداف تربوية واقتصادية، حيث تتعود الفتيات على الصبر والمثابرة والاعتماد على النفس وزيادة الخبرة بالممارسة العملية. ويتضمن هذا النشاط العدد من الأعمال المرتبطة بالتدبير المنزلى : كأعمال الطهى، وإدارة المنزل وإنتاج بعض المصنوعات الغذائية (حفظ الفواكه وصناعة المربى، والصابون ومواد النظافة، ومستحضرات التجميل ..) كما يتضمن الأعمال المرتبطة بأشغال الإبرة : كخياطة الملابس، واشغال الكروشيه، عمل نماذج الأزياء المختلفة بجانب تنظيم معارض التربية النسوية. وبالرغم من أن هذا النوع من النشاط مميزا لعمل الإناث، إلا أن الكثير من الفنون النسوية يمكن أن يتدرب عليها الذكور أيضا (خاطر وشحاته، ١٩٨٤).

إن واقع الأنشطة التربوية فى بعض مدارس الأمل للصم، وانعكاسها على بعض الجوانب النفسية، تتضمن مكونات السلوك التكيفى وهى أبعاد اعتماد الطفل على نفسه، احساس الطفل بقيمته، شعور الطفل بحريته، شعور الطفل بالانتماء التحرر من الميل للانفراد، الخلو من الأمراض العصابية ومن خلال الأهداف موقع اهتمام الدراسة وهو الوقوف على واقع الأنشطة بمدارس الأمل للصم، والتعرف على مدى تحقيق أهداف برامج الأنشطة بهذه النوعية من المدارس وبيان أهم المعوقات التى تحول دون إتمام ذلك، وكذلك بيان أثر اشتراك الذكور والإناث فى الأنشطة فى تعديل بعض السلوكيات العامة والتى غالباً ما تصاحب الإعاقة السمعية وحصلت الدراسة على وجود فروق بين المجموعات التجريبية من الذكور والإناث المشاركين فى الأنشطة التربوية من المجموعة الضابطة الذين لم يشاركوا فى النشاط، وكذلك وجود فروق دالة بين الذكور والإناث داخل

المجموعة التجريبية وتوافر الوسائل والإمكانات يؤدى إلى جذب واستقطاب التلاميذ للمشاركة في الأنشطة المختلفة، كما توجد علاقة ارتباطية بين استجابات المعلمين والطلاب للبنود التى يراها الطرفان هامة فى الأنشطة التربوية بأبعاده الستة أهداف النشاط، خطة النشاط، الإمكانات المادية والبشرية، تنفيذ النشاط، تقويم النشاط، المعوقات التى تحد من فعالية النشاط، وفى ضوء الإطار النظرى للدراسة وكذلك الدراسات السابقة حول الموضوع، وأوضحت النتائج أن الطلاب الصم المشاركين فى الأنشطة التربوية يتسمون بصفات أفضل من الطلاب الذين لا يمارسون النشاط، كما تميز الطلاب المشاركين فى الأنشطة بالكثير من الصفات الإيجابية عن نظرائهم ممن لا يشاركون فى الأنشطة مثل الاعتمادية حيث يحاولن باستمرار أن يؤدوا أعمالهم بأنفسهم، والشعور بقيمة الذات حيث يتميزون بذاتية عالية، وكذلك الشعور بحرية التعبير وحرية الاختيار، وزادت معدلات انتماء الطفل لمدرسته ولجماعة النشاط المشارك فيها ـ إذ أن أغلب الطلاب الصم يفضلون المدرسة عن المنزل ـ وكذلك الانتماء للأسرة ثم الوطن، واكتسب الكثير من الطلاب ميزه هامة جداً وهى النفور من الانعزالية وحب الاجتماعية، ثم الخلو من الكثير من الأمراض العصابية التى تبدو من المظاهر الأساسية المصاحبة للإعاقة مثل النكوص والعزلة وأحلام اليقظة، كما تميزت الفتيات بالاستجابات المرتفعة عن الفتيان وذلك لأن اختيار الجماعات الثقافية والاجتماعية والفنية والموسيقية كان أكثر من اختيار الجماعات الرياضية لأن مجالات كل جماعة من الجماعات الثقافية والاجتماعية وأوسع من الناحية التفاعلية بين الطلاب، واثرى فى اكتساب الإشارات التى تلعب دوراً هاماً فى الاتصال بين الطلاب كما أن المنافسات في الجماعات الرياضية التى يقبل عليها الطلاب يؤدى إلى قلة عوامل الجذب بل لنفور بعض الطلاب منها لما يسببه من شجار بين الفتيان ـ بالإضافة إلى تكوين الفتاة الذى يميل إلى الاجتماعية أكثر من الذكور وكذلك التعلق بالأخر والانتماء بالجماعة عن الذكور بصفة عامة.

هذا وقد بينت النتائج أيضاً أن مدارس الأمل للصم تتميز بنقص فى الكثير فى الوسائل والأدوات اللازمة لممارسة الأنشطة وكذلك نقص الموارد المالية والكفاءات القادرة على أداء الأنشطة بصورة جيدة – ولكن وجود المشرف المؤهل المدرب فى أحد المدارس يجعله يساهم بقدر كبير فى التغلب على ذلك باستخدام امكانيات البيئة المتاحة دون اللجوء إلى الإدارة أو ايقاف النشاط – كما أن حب المشرف لعمله وللعمل مع هذه الفئة بالذات أدى إلى ابتكار الكثير من الطرق التى يمكن أن يساهم فى خفض المظاهر المصاحبة للاعاقات.

ويمكن فى ضوء ما سبق أن نقدم بعض التوصيات منها :

- الاشتراك الفعلى بين إدارة النشاط بالوزارة على شعبة بالأنشطة بغرض تقديم خدمة مميزة لهذه المدارس.
- توفير المشرفين والمؤهلين والمدرسين للتعامل مع هذه الفئة.

السمات النفسية والتربوية والاجتماعية للصم

وفى هذه الدراسات الحقلية النفسية والتربوية فى مجال الصم، يمكننا تحديد أهم الملامح المميزة للصم وذلك على النحو التالى :

أ- الطفل الأصم فى الشهر الرابع يناغى بحرية ولكن دون أن يحصل على متعة كبيرة، كتلك التى يحصل عليها الطفل العادى من الأصوات، وعلى ذلك يفتقد الطفل الأصم مثل هذا النوع الفطرى الطبيعى لاستخدام الصوت وإن كانت صراخه يعتبر طبيعياً فى النغمة وفى التنوع فى الترنيم ودرجة الصوت طبقاً لإلحام احتياجاته فى تلك اللحظة.

ب- فى الشهر السادس تتحول مناغاته إلى صراخ ذى أنماط تكرارية، وقد يحوى بعضاً من الحروف الساكنة ومعنى ذلك أن مناغاته ليست كمناغاة الطفل

العادّى، فهى لا تتحول إلى لغة الأطفال الكلامية، والتى تحتوى كثيراً من الحروف الساكنة كما أنه لا يستطيع دون تدريبات خاصة أن يبدأ فى فهم أى كلمات فهو ـ مثلاً ـ لا ينظر أو يستدير عندما ينادى عليه لأنه لا يسمع، كما أنه يبتسم أو يضحك استجابة لابتسامه الآخرين، كما أن كلام الأم للطفل غالباً ما يكون مصحوباً بحيوية العينين والوجه ويلزم عليه أن يجمع رسائلها من وجهها فقط.

ج- وحينما يصل الطفل الأصم إلى سن الثالثة وعندما يستخدم الوسيلة المعينة على السمع مبكراً، فإنه ينمو عقله لاشعوريا تقبل ورغبة فى الكلام يجعل مدى تفكيره قريباً جداً من مستوى الطفل العادى، وهكذا يستمر الطفل الأصم فى النمو المتوازن فى جميع النواحى ما عدا النمو اللغوى.

كذلك قام بنتر Pinter بمساعدة للى برونشيج Lily Brunschwig بدراسة حقلية بغرض الكشف عن مدى التوافق النفسى والاجتماعى للطفل الأصم واستخدما فى ذلك مقياس الشخصية للأطفال الصم The Personality Inventory Deaf Children، (لطفى بركات، ١٩٨١). وذلك على عينة من (٧٧٠) ذكراً، (٥٥٠) أنثى ولقد اهتم الباحثان فى هذه الدراسة بالكشف عن مدى تأثير العنصر الوراثى فى إحداث الصمم من ناحية وعن طريق تعليم هؤلاء الأطفال من ناحية أخرى.

ولقد أثبتت دراستهما أن التعلم عن طريق الشفاه له أثر فى مساعدة الأطفال على حسن التكيف أفضل كثيراً من التعلم عن طريق الإشارة، وأن الأطفال الذين يتعلمون عن طريق الشفاه كانوا أكثر توافقاً من هؤلاء الذين يتعلمون عن طريق الإشارة، كما أكدت أن الأطفال الصم الذين لا يوجد فى أسرهم أطفال صم، كانوا أقل تكيفاً بالنسبة لنظائرهم الذين يوجد فى أسرهم أطفال يعانون من تلك الإعاقة.

كما طبقت برادوى Bradway مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعى Vin el And Social Maturity Scale على عينة من (٩٢) طفلاً أصم كانوا قد فقدوا قدراتهم على السمع قبل سن الثانية، ولقد أكدت نتائج الدراسة أنهم يعانون من نقص فى الكفاية الاجتماعية والعزلة والانطواء والاحساس بالنقص.

كذلك فقد قام كل من سبرنجر Springer وروسلو Roslow بدراسة حقلية على عينتين من الأطفال الصم والعاديين عددهم (٥٩) ذكوراً وإناثاً، وروعى فى انتقاء العينة التماثل فى السن والجنس ودرجة الذكاء والمركز الاجتماعى، وكانت الأداة العملية المستخدمة فى هذه الدراسة هى مقياس براون للشخصية Brown Personality Inventory ولقد أكدت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال الصم كانوا أميل للأمراض العصابية من الأطفال العاديين (٤)، كذلك فقد أكدت دراسات جريجورى Gregory على الأطفال الصم ومقارنتهم بالأطفال العاديين أنهم كانوا أميل إلى الانطوائية والانسحابية فى الحياة الاجتماعية والتهرب من تحمل المسئولية.

وتأسيساً على هذا كله يمكننا تحديد المهام والمسؤوليات الملقاة على عاتق البيت فى رعاية الطفل الأصم وذلك على النحو التالى : (لطفى بركات ١٩٨١).

مسئوليات البيت فى رعاية المعوقين سمعيا

١- العناية بانتقاء المربيات ممن حسن نطقهن وسلمن من عيوب الكلام.

٢- تجنب نطق كلمات محرفة مثل "دادى" .. "يابى" وغيرها.

٣- تنمية حواس الطفل باللعب المختلفة لتمييز الألوان والأشكال والأحجام.

٤- تشجيع الأطفال على اللعب الحر التلقائى لأن ذلك يؤدى إلى تنمية أعضاء المخ.

٥- عدم الإسراف فى رعاية الطفل وتوجيه اخوته إلى عدم الخجل منه أو اطلاق مسميات عليه.

٦- مراعاة التكلم بوضوح أمام الطفل والبدء معه بالحروف المتحركة ثم الساكنة.

٧- العناية الخاصة بالأنف والأذن والحلق.

٨- ابعاد الطفل عن كل ما يسبب له الزكام والعدوى.

٩- العناية بنظافة الأسنان والصحة العامة ؟

١٠- تدريب الطفل على التنفس الصحى السليم.

١١- عدم الإفراط فى استعمال الصوت.

١٢- اجراء اختبارات سمعية دورية.

الرعاية التربية والتعليمية للمعوقين سمعياً (أطفال مدارس الأمل)

طبقاً للائحة التنفيذية (١٩٩٠) لوزارة التربية والتعليم لمدارس التربية الخاصة أوصت بالآتى :

١- تدريب المعوقين سمعياً على النطق والكلام لتحسين درجة الإعاقة وزيادة اللغة كوسيلة اتصال بالمجتمع.

٢- تدريب المعوقين سمعياً على طرق الاتصال بينهم وبين المجتمع مما يساعد على تكيفهم.

٣- التقليل من الآثار المترتبة على الإعاقة السمعية سواء كانت عقلية أو نفسية أو اجتماعية.

٤- تعزيز السلوكيات التى تعين المعوقين سمعياً على أن يكونوا مواطنين صالحين.

٥- تزويد المعوقين بالمعارف التى تساعدهم للتعرف على البيئة المحيطة بهم.

٦- التدريب المهنى حتى يعتمدوا على أنفسهم فـــى الحصول علـــى مقومـــات معيشتهم.

٧- الارتقاء بالتدريبات المهنية للتلاميذ حتى يلاحقوا التطـــور التكنولوجـــى فـــى الصناعة.

٨- تحسين مستوى معيشة الخريجين ومتابعتهم بعد تخرجهم.

٩- خلق احساس بأن لهم قيمة بين أفراد المجتمع.

١٠- نشر كتيب ومجلات تبحث فى مشاكل الصم.

١١- تقديم خدمات ودليل ارشادى للوالدين والتربويين القائمين على رعايتهم.

١٢- تأسيس مكاتب استعلامات وتوكيلات اجتماعية لرعاية الأطفال الصم.

١٣- انشاء نوادى خاصة بالصم مع استخدام التقنيـــات الحديثـــة فـــى تربيتـــهم وتعلمهم.

١٤- الاكثار من العيادات الخاصة فى علاج أجهزة الكلام ولتعليم قراءة الشـــفاه وتبادل الحديث.

حيث وجد فى عيادات المعهد المركـــزى بأمريكـــا American Deaf Center ساعة مخصصة لتناول القهوة بين الدروس يعرض فيها حفلات أعيـــاد ميلاد الطلاب واحتفالات الأعياد السنوية أو المناسبات الاجتماعية وهـــذه تعتـــبر فرص لنمو التفاعل الاجتماعى لدى الصم.

فعالية برنامج للأنشطة المدرسية فى دمج الأطفال المعاقين (عقليا - سمعيا) مع الأطفال العاديين

المقدمة والإطار النظرى :

إن النظرة العلمية "للتربية الخاصة" تدعو للتعامل مع ظاهرة الاعاقات بطريقة شاملة ومتكاملة، حيث تتشابه مصادر وأسباب الإعاقات المختلفة، وتختلف خصائص ومتطلبات كل إعاقة من غيرها.

فالأسباب الصحية والوراثية لدى الأم أثناء الحمل، وأخطاء عملية الولادة والمخاطر والأمراض التى يتعرض لها الطفل بعد ميلاده تعتبر المحاور الأساسية للإصابة بأى إعاقة حسية كانت أو جسمية أو عقلية، أما خصائص الإعاقة العقلية ومتطلباتها واحتياجاتها فهى تختلف فى مجملها عن الإعاقة البصرية التى تختلف بدورها عن الإعاقة الحسية وهكذا.

وقد بدأ الاهتمام بالتربية الخاصة للمعاقين وذوى الحاجات الخاصة مع بدايات هذا القرن وكان التوجه قائماً على عزل هؤلاء الأفراد عن المجتمع بعد تقسيمهم إلى "فئات" كل حسب اعاقته، فى مدارس ومعاهد خاصة مع تقديم برامج تأهيلية خاصة بهم. (إيمان الكاشف ١٩٩٩).

ثم تغيرات النظرة فى نهايات هذا القرن إلى منظور جديد وهو يقوم على "الوصل لا الفصل" بين مجتمع العاديين والمعاقين، وأصبحت بذلك التربية الخاصة هدفها هو توفير مكان ومكانة للمعاق سواء فى المدرسة أو فى المجتمع سعياً لدمجهم فى جسم المجتمع واندماجهم فيه كأعضاء وظيفية وانتمائهم إليه كموطنين فعالين (طلعت منصور، ١٩٩٤).

وإذا تعمقنا فى النظر إلى هذا التوجه الحديث، وجدنا أننا أول من طبق هذا النظام من خلال نظام الكتاتيب (تعليم الأطفال وتحفيظهم القرآن ومبادئ القراءة

والكتابة داخل القرى) حيث كان الطفل المعاق بصرياً يتعلم جنباً إلى جنب مع المبصرين وتفوق العديد منهم فى مجالات شتى.

أما فى الوقت الحاضر ورغم أن معظم المجتمعات قد بدأت تأخذ بالاتجاه نحو الدمج والتكامل، وتؤكد حق المعاقين فى أن ينشأوا فى بيئة طبيعية بين أفراد الأسرة والأقران والجيران، فيتاح للمعاق التفاعل والانفعال والمشاركة والنجاح والفشل، أى يختبر الحياة بكل مكوناتها ومشاكلها حتى يستطيع أن يكتسب القوة اللازمة لكى يستطيع أن يعيش داخل المجتمع. فمازالت الدراسات التى أجريت داخل مجتمعنا تؤكد أن اتجاه المدمج ما زال يلاقى العديد من المعوقات والمصاعب التى تحول دون تحقيقه. وذلك إما لعدم وضوح الأهداف، أو عدم وجود خطة مسبقة وإعداد جيد، أو لرفض القائمين على العملية التعليمية داخل المدارس لهذه الفكرة، كما أظهر ذلك دراسات (ايمان كاشف، عبد الصبور محمد، ١٩٩٨)، (أميرة بخش، ١٩٩٥)، ودراسة (عادل خضر ومايسة المفتى، ١٩٩٢). وتؤكد هذه النتائج بعض الدراسات الأجنبية مثل دراسة (Rosberg، ١٩٩٥) ودراسة (McDonnell، ١٩٩١).

فقد استمرت رعاية الأطفال المعاقين فى جمهورية مصر العربية متجهة نحو الفصل بينهم وبين الأطفال العاديين. وذلك من خلال وضعهم فى مدارس منفصلة تماماً، وعندما تم إلحاق هؤلاء الأطفال بفصول ملحقة فى بعض المدارس العادية لم يستطع القائمون على العملية التعليمية أو المعلمون أن ينجحوا فى دمج الأطفال المعاقين مع الأطفال العاديين.

هذا بالرغم من أن معظم الدراسات فى هذا المجال قد وجدت أن عدم دمج الأطفال المعاقين مع أقرانهم العاديين، وعدم تكييف وضعهم الاجتماعى ضمن نفس البيئة المدرسية التى يتعلم فيها العاديين تتسبب فى الكثير من المشاكل النفسية التى ترتد سلباً على الأداء والتفاعل الاجتماعى لهذه الفئة مما يعمق مشاعر الفشل

التى يعانى منها الأطفال ويجهض أى إمكانية لتفاعلهم الإيجابى مع المجتمع بشكل مقبول (أميرة بخش، ١٩٩٥).

أيضاً تؤدى العزلة التى تعانى منها فئات المعاقين إلى التأثير السلبى على مفهومهم لذواتهم، وإلى تدعيم السلوك اللاتوافقى من خلال محاكاة الأطفال المعاقين لبعضهم البعض. (عادل خضر، مايسة المفتى، ١٩٩٢).

فالطفل المعاق مثل الطفل العادى يتوقف نجاحه فى مراحل حياته المختلفة على مقدار ما يتحقق من اتجاهات ايجابية نحوه، والتى تتمثل فى سلامة التوجيه وصحة النمو والتربية الصحيحة المتفيمة لاحتياجاته ومشكلاته والعمل على مواجهتها. وكلما كانت الاتجاهات ايجابية ومليئة بالحب والتقبل للطفل المعاق كلما تطورت قدرات الطفل ومهاراته النمائية والسلوكية (ايمان الكاشف، ١٩٨٩).

ويؤكد عبد الله الغانم (١٩٩٠، ٣) على أهمية التكيف الحياتى للطفل المعاق فيشر إلى أن أصعب المشكلات فى التكيف الاجتماعى للمعاق لا تكون نتيجة خلل فى نمط السلوك التكيفى عنده بقدر ما هى نتاج لبناء اجتماعى تسوده اتجاهات سلبية قاسية تعتبر من المعوقات الرئيسية لتكيفه واندماجه.

وإذا كان للأنشطة القائمة على اللعب ما تأكد من المساهمة الفعالة فى تنمية جوانب النمو المختلفة لدى الطفل حيث تسهم فى بناء وتكوين الجانب الجسمى الفسيولوجى عن طريق الألعاب الحركية بأنواعها المختلفة، وتسهم فى بناء الجانب العقلى المعرفى من خلال التفاعل النشط مع مؤثرات البيئة وعناصرهم المادية والبشرية وما ينتج عن ذلك من معارف واكتشافات ومهارات كما تسهم فى بناء الجانب الاجتماعى والوجدانى وذلك من خلال اللعب التعاونى، ومن خلال ما يتطلبه ذلك من مشاركة وتعاون وتنافس ونظام وتحمل المسئولية ومعرفة بالقواعد والقوانين والالتزام بها (عادل عبد الله، ١٩٩٩).

فإن الكثير من الأطفال المعوقين يحتاجون إلى التفاعل مع أفراد فى مثل عمرهم يمارسون الأنشطة المتنوعة ويلعبون الألعاب التى حرموا منها فى بيئة أقل قيوداً وتسمح لهم باستخدام نقل الخامات والأدوات التى يستخدمها الطفل العادى.

وتؤكد (سميرة نجدى، ١٩٩٨) أن هذا لابد أن يكون من خلال برامج متكاملة للأنشطة تتضمن أطفالاً معاقين وأطفالاً عاديين، حيث تسهم هذه البرامج فى تغيير الأفكار الاجتماعية، وفى نفس الوقت تستخدم المصادر التربوية بطريقة أكثر فاعلية، وتساعد الأطفال المعوقين على أن يتعلموا فى نفس البيئات العادية، وتفى بحاجة الطفل للتفاعل مع بيئة متقدمة نامية فيها أكبر له (سميرة نجدى، ١٩٩٨).

وتعتبر الأنشطة المدرسية من الركائز الهامة التى تعتمد عليها المدرسة فى تربية أبنائها عن طريق تنمية الشعور بالمسئولية الاجتماعية لديهم من خلال مشاركتهم وممارستهم للعديد من الأدوار الحياتية داخل المدرسة، أيضاً هى من أهم الوسائل لبناء الجوانب النفسية والاجتماعية والمعرفية والحركية لدى الطلاب (عادل حسين، ١٩٩٨)، وإذا كان هذا هو دور الأنشطة المدرسية بالنسبة للطلاب العاديين فإن الواقع يؤكد أهميتها بالنسبة لفئات المعاقين، فإذا كان من المتعارف عليه أن معظم الأطفال المعاقين لديهم مشكلات عديدة جسمية وحركية نتيجة الاعاقات التى يعانون منها، فإن دور الأنشطة يتضح بصورة كبيرة حيث هى الوسيلة المثلى للتغلب على هذه المشكلات، كما أنها إذا قدمت بصورة متكاملة متناسقة، يمكنها أن تؤدى إلى اكساب المعاق السلوك الاجتماعى المطلوب، وتعمل على التخلص من العديد من السلوكيات الخاطئة، حيث أثبتت الدراسات أن التدخل بالأنشطة المختلفة الحركية والفنية والألعاب يؤدى إلى إحداث تغيرات ايجابية فى شخصية المعاق، وبالتالى تساهم فى زيادة النضج الاجتماعى والتغلب على المشكلات السلوكية المصاحبة للاعاقة (دراسات Rogow, 1986 Buckely،

عادل خضر، ١٩٩٤، Smith، إيمان كاشف، ١٩٩٥، وفاء عبد الجـواد، عـزه عبد الفتاح، ١٩٩٩).

وقد لاقت فكرة دمج المعاقين فى المجتمعات اهتماماً واسعاً خلال العقدين الأخيرين من هذا القرن سواء كان فى صورة وضع التشريعات أو من القوانين التى تتيح امكانية تطبيق سياسة الدمج داخل المؤسسات الاجتماعية المختلفة، ولاختبار أساليب الدمج المختلفة والمتعددة لاكتشاف أوجه القصور لكل أسلوب وذلك بهدف انتخاب أفضلها فى محاولة لتعميم هذه السياسة وذلك من خلال العديد من الدراسات والاسهامات البحثية ومن هذه الدراسات دراسة Meconnei) (1984 حيث وجدت أن الطفل المعاق سمعياً والذى تعرض لبرامج التدخل المبكر أثناء مرحلة الحضانة والتى تتيح دمجه مع الطفل العادى أدت إلى تحسن ملحوظ فى نمو القدرة القرائية، والقدرة على استخدام لغة الشفاه، وأن الأطفال الذين لديهم بقايا سمع قد اعتمدوا على اللغة أكثر من الإشارة بالمقارنة بمثل من هم فى مثل عمرهم الزمنى ولم يتعرضوا لهذه البرامج. وتؤكد هذه النتائج دراسة Buckley (١٩٨٦) للتعرف على أثر الدمج المبكر على النمو اللغوى للطفل المعاق عقلياً حيث وجد أن النمو اللغوى للطفل المنغولى يمكن أن يتقدم كثيراً من خلال مبدأ التدعيم، أيضاً أن الغناء والاتصال وتشجيع الطفل المعاق للتحدث مع الأطفال العاديين يؤدى إلى تشجيع نمو اللغة خاصة فى مرحلة الطفولة المبكرة، وتؤكد الدراسة على أهمية إتاحة الفرصة للطفل لكى يتحدث ويعبر عن انفعالاته ومشاعره وأن يدعم ويكافأ على مجهوده.

وقام (Kenneth. et al. 1990) بالمقارنة بين الأطفال المعاقين والأطفال العاديين، فى التذكر والنجاح فى أداء الأنشطة المؤادة مقابل الأنشطة المتخيلة التى تعتمد على شرح المعلم والتى رأوا صوراً لها فقط. وقد أكدت النتائج أن هناك تقارباً كبيراً بين الأطفال المعاقين والعاديين فى تذكرهم للأنشطة المؤادة المنجزة بالفعل. بينما ظهرت الفروق لصالح الأطفال العاديين فى الأنشطة التخيلية.

وقام Rogow (١٩٩١) باختبار استراتيجية التعلم من خلال اللعب والمقدمة فى برامج رياض الأطفال للدمج بين مجموعة من الأطفال المعاقين والعاديين (ن = ١٠) وأوضحت النتائج أن التعليم من خلال اللعب يؤدى إلى تمهيد السبيل للدمج أثناء اللعب الجماعى وذلك من خلال ما يتيحه من تفاعل ومشاركة فى اللعب مع إمكانية التطوير فى الأفكار، وتوفير المدح والثناء.

وحاول Cole & Meyer (١٩٩١) اختبار أكثر من أسلوب للدمج على (٩١) طفل معاق ادمجوا مع أطفال عاديين، وقسموا إلى ثلاث مجموعات : المجموعة الأولى وتتم دمجها خلال الفصل الدراسى فقط، والثانية أدمجت خلال اليوم الدراسى بما فيه من أنشطة، والثالثة ظلت منعزلة عن الأطفال العاديين — وقد تم حساب الوقت الذى يقضيه الأطفال فى كل مجموعة معاً، ومع المعالجين، ومنع معلمى التربية الخاصة، ودلت النتائج على أن عامل الوقت ليس عاملاً أساسياً فى انجاح عملية الدمج، وإنما الأهم هى درجة التفاعل والمشاركة التى تحدث بين الأطفال، وأنه كلما زادت درجة التفاعل والمشاركة الاجتماعية وزاد الأداء للمهام بالنسبة للطفل المعاق كانه أثره، وقد ظهرت فروق فى المهارات النمائية والقدرات الاجتماعية بين الأطفال المدمجين والمنعزلين.

ودراسة Bear & Proctor (١٩٩١) واهتمت بالجوانب النفسية مثل إدراك الذات عند المعاقين بالمقارنة بالعاديين خلال نظام الدمج حيث وجدا أن الأطفال المعاقين أقل من إدراكهم لذواتهم وأيضاً فى تقديرهم لهذه الذات من الأطفال العاديين المدمجين معهم فى فصول دراسية واحدة. وقد أرجع الباحثان ذلك الانخفاض إلى مقارنة الأطفال المعاقين لقدراتهم التحصيلية والعلمية بقدرات الأطفال العاديين. ولذلك أوصت الدراسة بضرورة أن يشمل الدمج مواقف وأنشطة اجتماعية يستطيع المعاق أن يتفوق فيها ويثبت ذاته ليتحسن تقديره لها.

وأجرى .Paul, et al (١٩٩١) دراسة هدفت إلى التحقق من الوضع الاجتماعى للأطفال المعاقين عقلياً وأساليبهم السلوكية المدركة بواسطة أقرانهم من الأطفال العاديين وذلك عن طريق الدمج فى الفصل الدراسى. وأفادت النتائج أن الأطفال المعاقين عقلياً لديهم أساليب سلوكية سلبية تتسم بالحساسية والتزلة والعدوانية، والتى ترجع فى جزء كبير منها إلى مواقف الإحباط وأساليب النبذ المدركة بواسطة أقرانهم من العاديين. حيث أوضحت الدراسة أنهم يفتقدون الفرص الإيجابية للتفاعل الاجتماعى المثمر مع أقرانهم العاديين.

وقام .Sherman, et al (١٩٩٢) بمقارنة نمو المهارات الاجتماعية لدى المعاقين والعاديين فى ظل نظام الدمج تبعاً لأنشطة لعب الدور، حيث شارك الأطفال فى برنامج للعب الدور طبقاً لشريط فيديو مسجل عليه أدوار تتضمن ثلاث مهارات اجتماعية (اتباع الأوامر ـ تقبل النقد ـ التمكن من حل المشكلات) وأوضحت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة بين نمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتقييمات أعضاء العينة لهذه المهارات، أيضاً تحسن الأداء اللغوى بصورة واضحة.

وحاول (عادل خضر ومايسة المفتى، ١٩٩٢) معرفة أثر الدمج على مستوى الذكاء والسلوك التكيفى لمجموعة من البنات المعاقات عقلياً والمدمجين فى أحد الفصول المدرسية مع مجموعة من البنات العاديات وذلك خلال حصص الأنشطة المدرسية (موسيقية ـ فنية ـ رياضية) طوال الفصل الدراسى، ولم تظهر النتائج حسناً ملموساً فى مستوى الذكاء أو السلوك التكيفى، ولكن وجدت الدراسة أن هناك تغيرا ايجابى فى السلوك التفاعلى بين أفراد العينة.

اهتمت دراسة Center & Curry (١٩٩٣) بالتعرف على أثر الدمج على التحصيل الأكاديمى والاجتماعى لمجموعتين من الأطفال المعاقين (ن = ١٣) حيث تم دمج المجموعة الأولى مع فصل دراسى عادى، والمجموعة الثانية

درست منعزلة، ودلت النتائج على تحسن الطلاب المعاقين المدمجين فى مهارات التعبير اللغوى، الرياضيات، مهارات قضاء الوقت فى اللعب مع أقرانهم العاديين أكثر من المجموعة المنعزلة، ولم تظهر تأثيرات سلبية على الأطفال العاديين.

وعن العوامل التى تؤدى إلى تحقيق نظام الدمج بصورة جيدة وجد Dayer (١٩٩٣) أن دمج الطلاب من خلال مظاهر التكيف المتدرج أثرت بقوة على مناخ الفصول الدراسية والعلاقات الشخصية للطلاب العاديين والمعاقين، وأن أكثر التدريبات التكيفية فائدة هى التكيفات الاجتماعية حيث أدت إلى الدمج التفاعلى والمشارك بين الطلاب.

وتؤدى برامج الأنشطة التى تقوم على ممارسة الألعاب إلى دمج الأطفال المعاقين فى دور الرعاية النهارية مع الأطفال العاديين هذا ما توصلت إليه نتائج الدراسة التى قام بها Pickett (١٩٩٣) حيث زادت مهارات اللعب والمهارات الاجتماعية وأيضاً درجة التفاعل بين الأطفال المعاقين والعاديين.

وتحمس Smith (١٩٩٣) لفكرة الدمج من خلال الأنشطة المدرسية حيث يرى أن الفرد أثناء ممارسته لهذه الأنشطة يشعر باستقلالية عن الآخرين ويستطيع التعبير عن نفسه بحرية، وقد صمم برنامج لقياس زيادة درجة التفاعل خلال حصص الأنشطة الفنية والرسم وأوقات الراحة مثل أوقات تناول الطعام وتم تنفيذ البرنامج من خلال المزاوجة وعمل ثنائيات من الأطفال (طفل عادى + طفل) ليكونا فريق عمل خلال حصص الأنشطة، أيضاً لانتاج بعض الأعمال المشتركة. وتشارك الثنائى كذلك أثناء تناول الطعام فى مائدة واحدة مع ادراك فى تحضير الطعام وتنظيف المائدة، ودلت النتائج على أن النظرة العامة للطفل المعاق بدأت تختفى ويحل محلها نظرة تقدير لقدرات هؤلاء خاصة بعد ظهور حالات متفوقة فى مجال الأشغال الفنية، وحتى الأطفال رفضوا الالتحاق بالبرنامج فى البداية بدأوا ينضموا إليهم ويتفاعلون.

وحاول Shapiro (١٩٩٣) اختبار أثر اللعب وتنمية المهارات الاجتماعية دمج الأطفال المعاقين مع الأطفال العاديين باستخدام فنيات لعب الدور استخدام تكتيكات فى اللعب لتنمية المهارات النوعية الاجتماعية، وأيضاً اشتراك الوالدين من خلال تنمية معلوماتهم عن أهمية المهارات اجتماعيا وتنميتها لدى الأطفال، وقد خرجت الدراسة بنتائج عديدة منها : أن المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين من خلال نظام الدمج أدى إلى نمو فى اكتساب رضى الجماعة واستحسانها مما كان له أثره على تحسن الاجتماعى لديهم، وكذلك نشأت صداقات جديدة بين الأطفال المعاقين عاديين، وحدث نمو فى إدراك الذات وتقبلها لدى الأطفال المعاقين، وقرر الوالدان حدوث تحسن فى سلوك أولادهم الاجتماعى والتكيفى.

وفى إطار الاهتمام بدمج المعاقين سمعياً قام McCauley & Bruininks بدراسة السلوك التفاعلى (الايجابى / السلبى) بين الأطفال الصم حيث مع أطفال عاديين حيث تمت ملاحظة مواقف التفاعل بين الأطفال الصم، وأظهرت النتائج أن ليس هناك فروق واضحة بين الأطفال الصم والعاديين فى سلوكهم التفاعلى، أيضاً ظهر ميل الطفل الأصم إلى التعامل مع عدد محدود من الأطفال العاديين، وكان التفاعل الحادث بين الطفل الأصم والمدرسية أكثر من التفاعل الحادث بين الطفل العادى والمدرسين، وأرجع الباحثان ذلك إلى عدم معرفة الأطفال العاديين لطرق الاتصال مع الطفل الأصم.

وفى نفس الإطار وتأكيداً للنتائج السابقة حاولت دراسة Rankhorn (١٩٩٤) فحص التفاعل التلقائى والشفوى والفعال لمجموعة من الأطفال الصم والمدمجين مع مجموعة من الأطفال العاديين ومجموعة من الأطفال الصم المنعزلين وأظهرت النتائج أن الأطفال الصم الذين تم دمجهم المبكر كانوا أكثر استجابة وتفاعل وأكثر استخداماً للأصوات واللغة الشفوية من مجموعة الأطفال

الصم المنعزلين وكانوا الأفضل فى استخدام التراكيب المعقدة للجمل وكان التفاعل الصوتى عند معدل (٢-١) بالنسبة للمجموعة التى دمجها، فى حين أن التفاعل الصوتى للمجموعة المعزولة كان (١٠-١) مع اعطائهم استجابة قوية للسلوك الغير مرغوب فيه. وتؤكد الدراسة أن مسألة الدمج مسألة نسبية حيث يبدو ارتباطها باختيار البيئة المناسبة والمناخ التعليمى الملائم.

وتوصل لنفس النتائج Cormany (١٩٩٤) من خلال مجموعة أطفال مدمجة مع مجموعة من الأطفال المعاقين (عقلى – سمعى – شلل مخى) حيث صمم برنامج تدريبى باستخدام فنية النمذجة لعدد من الأدوار الاجتماعية والتى تشترك فيها المجموعات، وظهر تحسن فى النمو اللغوى للأطفال المعاقين ونمو فى الجانب الانفعالى والسلوك الاجتماعى، ولم تظهر آثار سلبية على سلوك الأطفال العاديين.

أما دراسة Glbert (١٩٩٦) فهدفت إلى مقارنة عدد من نماذج الدمج المتاحة وهى خدمات حجرة المصادر داخل المدرسة العادية، تقديم الخدمات التعليمية للطلاب المعاقين داخل الفصول المشتركة مع الأطفال العاديين، خدمات التعلم الذاتى. وشملت العينة عدد من الاعاقات (عقلية – مضربين انفعالياً – صعوبات تعلم) وتم قياس الأداء اللفظى، الذكاء، القراءة الجبرية، الرياضيات، اختبارات التحصيل، واستمرت الدراسة لمدة ثلاث سنوات، وكان من نتائج الدراسة حدوث تحسن فى التحصيل الأكاديمى والأداء اللفظى للطلاب ذوى الاعاقات والذين استفادوا من خدمات حجرة المصادر داخل المدرسة والخدمات المشتركة داخل الفصول فى مقابل خدمات الاكتفاء الذاتى.

واهتمت دراسة Kirk (١٩٩٦) بدمج الأطفال شديدى الاعاقة داخل فصل دراسى للعاديين وتم ذلك من خلال تحديد احتياجات الأطفال المعاقين للحب والرعاية وتم تهيئة كل الطلاب داخل الفصل من العاديين وتدريبهم لاحتواء

المعاقين واكسابهم طرق التعامل معهم، وتمت المزاوجة بين خمسة من الطلاب العاديين وخمسة من الطلاب شديدى الإعاقة. وقد دلت النتائج على وجود تحسن فى السلوك الاجتماعى والتكيفى لكل من الأطفال العاديين والمعاقين.

وحاول Smith (١٩٩٧) تكييف البرامج والأنشطة المقدمة داخل المدرسة للإيفاء باحتياجات الطفل المعاق، وذلك من خلال برنامج لأنشطة الموسيقى على عينة من الأطفال المعاقين (عقليا ــ صعوبات تعلم) وأطفال عاديين من عمر زمنى يتراوح بين (٦ــ١٣). وقد قام البرنامج على عدد من المبادئ مثل استخدام الرموز التى تجذب انتباه الأطفال، تناسب المحتوى مع مستوى الاستعداد، تناسب الطرق المستخدمة مع الأسلوب المعرفى، التوفيق بين معدلات التعلم المتفاوتة بين الطلاب، مناسبة الطرق والفنيات المستخدمة لتمييز مستوى الأداء، تعزيز الأنشطة الحركية المتناسقة، خطة لمنع الحركات والإشارات غير المطلوبة، توزيع التدريب على جلسات قصيرة ومتداخلة باستمرار، تناسب الوقت بالنسبة لسرعة تنظيم المعلومات، تناسب التكرارات للاحتياجات العملية للطلاب، تجنب النشاط الحركى الزائد، تنمية التعلم اللفظى الذاتى كخطة تعليمية، تنمية زيادة الدافعية باستخدام الدافع الشخصى، وتؤكد النتائج على أهمية تشجيع التدريب على الدمج باستخدام الأنشطة للأطفال المعاقين بغرض اعطائهم الفرصة للتعبير عن الذات والرضا النفسى، ولكى نتجنب العزلة الاجتماعية.

وهدفت دراسة (Goldstein, et al. ١٩٩٧) إلى ملاحظة التفاعل بين أطفال ما قبل المدرسة المعاقين عقليا والأطفال العاديين حيث قام بالمزاوجة بين ثمانية أطفال معاقين عقليا وثمانية أطفال نموهم طبيعياً، وتم تدريبهم على استراتيجيات مبسطة لتسهيل التواصل بينهم، وقد ظهر تحسن واضح فى التفاعل الاجتماعى على الحادث بين الأطفال المعاقين واقرانهم، وتم تعميهم هذه الاستراتيجيات المبسطة على مواقف أخرى.

وفى محاولة لتقييم نظام الدمج المعمول به حالياً فى بعض مدارس محافظة الشرقية قامت (إيمان كاشف، عبد الصبور محمد، ١٩٩٨) بالتعرف على أساليب الدمج المتبعة، والأسس التى قامت عليها، واستطلاع آراء القائمين على العملية التعليمية والأباء والأطفال العاديين نحو تجربة الدمج، وقد أظهرت الدراسة أن نظام الدمج المعمول به حالياً فى بعض المدارس غير كاف ولا يلبى الاحتياجات الأساسية للطلاب المعاقين، ولا يؤدى إلى تهيئة المناخ المناسب لزيادة التفاعل والتواصل بين الطلاب العاديين والمعاقين، أيضاً ظهرت الدراسة أن الدمج الجزئى من خلال الأنشطة المدرسية هو أنسب الطرق التى تتناسب مع النظام التعليمى الحالى والتى يمكن بها إنجاح نظام الدمج.

وتعقيباً على ما سبق، يتضح أن الدراسات دارت حول عدة محاور هى :

- اختبار فائدة نظام الدمج خلال مراحل النمو المختلفة من الحضانة إلى المرحلة الثانوية.
- التعرف على أفضل السبل لإنجاح فكرة الدمج.
- المفاضلة بين العديد من البرامج والنظم المتاحة، مثل الدمج الكلى طوال اليوم الدراسى أو الدمج الجزئى لبعض الوقت فى مقابل نظام العزل.
- الاستدلال على أهمية التدخل المبكر لنظام الدمج خلال مراحل النمو المبكرة لاتاحة الفرصة لقدرات الطفل المعاق للنمو لأقصى درجة ممكنة.
- الوقوف على أثر الدمج على نمو السلوك التكيفى للطفل المعاق والطفل العادى.
- إمكانية دمج معظم الاعاقات، فالدمج ليس حكراً على فئة دون أخرى.

ثالثاً : الأسس التى تم مراعاتها عند تصميم البرنامج :

- تحديد قدرات الأطفال المعاقين (عقليا ــ سمعياً).
- تحديد الأنشطة التى يمكن لكل طفل حسب إعاقته أن يقوم بها، وكذلك اختيار أنواع الأنشطة التى تتلاءم مع قدرات كل مجموعة وذلك من خلال :

١- تصميم الأنشطة بحيث تكون سهلة وواضحة بقدر الإمكان.

٢- جعل الأنشطة مختصرة ووفق نقاط محددة ينتهى منها التلميذ فى حدود ثلاثين دقيقة.

٣- تصميم وإبراز الأنشطة فى تتابع، على أن يراعى أن كل خطوة يجب أن تصمم بحيث تبنى على ما سبق تعلمه من مهارات.

٤- العمل على توافر عنصر النجاح فى الأنشطة، لأن من أهم المشاكل التى يعانى منها المعاقون هى تكرار الفشل.

٥- تصميم الأنشطة بحيث تكون مستقاة من البيئة اليومية التى يعيش فيها الطفل.

٦- أن تحظى الأنشطة باهتمام الأطفال وأن يستمتعوا بها أثناء الممارسة (جيتسين وآخرون).

وقد تم مراعاة هذه الجزئية فى تصميم البرنامج حيث اشتمل البرنامج المقدم لعينة للأطفال المعاقين عقلياً على أنشطة فنية، موسيقية، حركية. وبالنسبة لعينة للأطفال المعاقين سمعياً تم استبدال الأنشطة الموسيقية ببعض الألعاب الحركية والتمثيلية التى تساعد على دمج الأطفال وتشجيع التفاعل بينهم.

- تحديد وتحليل سلسلة "النمو السلوكى" فتكون التعليمات متدرجة من السهولة إلى الصعوبة، ومن الجزء إلى الكل حتى يستطيع الطفل فهمها. وقد اتبع البرنامج بعض فنيات تعليم وإرشاد الطفل مثل :

النمذجة : لتوضيح كيف يمكن بناء المهارة بالتعلم، حيث يكون الشرح اللفظى مصحوباً بالشرح العملى التفصيلى، لأن الشرح اللفظى فقد عادة يكون فهمه صعباً بالنسبة للمعاقين.

التوجيه اليدوي : من خلال المعلم لتوصيل المعلومة بين الطفل العادى والطفل المعاق، خاصة فى بداية التفاعل والاتصال.

الاشـــراف : مراقبة الأفعال التى يقوم بها الطفل حتى يتم اكتساب السلوك المرغوب.

المراجعة : مراجعة الأفعال بعد اتمامها، مع تقديم التدعيم المناسب، مع الأخذ فى الاعتبار امكانات كل طفل من أفراد المجموعة وأن لكل طفل مدخل جيد لتعليمه وتدريبه (ايمان كاشف، ١٩٨٩). (آمال محمود، ١٩٩٩).

رابعاً : تطبيق البرنامج : وذلك كالآتى :

١- اختيار المدارس التى تصلح لإجراء الدراسة : حيث تم اختيار مدرستين وهما مدرسة كفر الأشراف الابتدائية والتى تضم فصول ملحقة للإعاقة العقلية، ومدرسة الشهيد عاطف السادات ببلبيس حيث تضم مدرسة الأمل للصم ببلبيس.

٢- زيارة المدرستين أكثر من مرة قبل التطبيق للتعرف على الامكانات المتاحة والوضع القائم بالفعل، وإذا كان هناك أى شكل من أشكال الدمج يتم داخل المدرسة، ولم تجد الباحثة أى نوع من الدمج بين الأطفال حيث الفصول منعزلة عن باقى المدرسة فى مبنى خاص، ومواعيد الحضور والانصراف مختلفة عن مدرسة العاديين وكذلك وقت الفسحة، حتى المعلمون للتربية الخاصة لا ينخرطون مع معلمى المدرسة العادية.

٣- اقناع إدارة كل مدرسة بأهمية عملية الدمج، وأهمية تنفيذ التجربة، وكان الرفض هو الرد المباشر للإدارة متعللة بالخوف من تعرض الأطفال العاديين

للإيذاء أو حدوث تلف فى الفصول أو تعطيل الأطفال العاديين عن الدراسة، ولكن بعد إلحاح من الباحثة وافقت الإدارتين على مسئولية الباحثة الشخصية.

٤- تحديد الفترة الزمنية اللازمة للتطبيق وذلك من خلال الاطلاع على العديد من البرامج المصممة لفئة المعاقين وأيضاً من خلال الأهداف السلوكية الموضوعة، تم تحديد الفترة الزمنية لمدة فصل دراسى كامل (من منتصف فبراير إلى منتصف مايو ١٩٩٩).

٥- تطبيق استبيان تقبل فكرة الدمج لدى المعلمين (قياس قبلى) ثم تم تنظيم جلسات للمعلمين لشرح الفكرة والهدف منها، واقناعهم بالاشتراك فى تطبيق البرنامج وأيضاً تعرف الباحثة على عدد حصص الأنشطة، ونوعية الأنشطة التى يمارسها الأطفال المعاقون.

٦- قامت الباحثة بمساعدة المعلمين داخل الفصول الملحقة بتطبيق مقياس السلوك التكيفى على جميع الأطفال المعاقين (عقليا ـ سمعياً) للصف الأول والثانى (قياس قبلى) بعد استبعاد الحالات المتطرفة والتى تتميز بعدم القدرة على الكلام مطلقاً بالنسبة للطفل المعاق عقلياً أو بالنمو الجسمى الزائد، أو التى تتضمن أكثر من إعاقة. ثم تم مجانسة العينة من حيث العمر الزمنى ونسبة الذكاء.

٧- بالنسبة لعينة الأطفال العاديين تم اختيارهم من فصل دراسى واحد -حتى يمكن التنسيق بينهم وبين فصل الأطفال المعاقين فى جدول حصص الأنشطة- وقت مجانستهم من حيث العمر الزمنى ونسبة الذكاء. ثم تم تطبيق استبيان تقبل الطفل المعاق على الأطفال المشتركين فى البرنامج (قياس قبلى).

٨- كانت طريقة تنفيذ البرنامج كالآتى :

- يتم استدعاء الأطفال العاديين إلى فصل الأطفال المعاقين سواء عقلياً أو سمعياً كل يوم خلال الفسحة. حيث قامت الباحثة بتنظيم المكان وتزيينه.
- تم تقسيم الأطفال بحيث يكونوا ثنائيات مزدوجة (طفل معاق + طفل عـــادى) حيث يكونا فريقا ثنائيا يتم التعامل بينهما والاشتراك معاً فى الأنشطة المختلفـة طوال فترة تطبيق البرنامج.
- ـ لمدة أسبوعين ـ خلال الفسحة ـ يقوم معلم التربية الفنية بتوزيع كراسـات الرسم والألوان على الأطفال حيث يتسلم كل فريق ثنائى كراسة واحدة وعلبـة ألوان واحدة ويقوما بالرسم معاً، أو يقوم بتوزيع أوراق القص واللصـــق أو يـوزع عليهم قطع الطين الصلصال لكى يقوما بتوجيه من المعلم بتكوين أشكال مختلفة.
- ـ تم التنسيق فى جداول الحصص بحيث يصبح الفصلان فى نفـــس الوقـت لديهم حصص أنشطة حتى لا يتعطل الأطفال العاديين فـــى الـدروس عنـد استدعاؤهم للإشتراك فى حصص الأنشطة للمعاقين.
- بعد أسبوعين من تطبيق البرنامج داخل الفصل وبعد أن زالت الرهبـــة بيـن الأطفال وأصبح هناك لغة مشتركة للاتصال فيما بينهم، تم إخراج الأطفال إلى فناء المدرسة لممارسة الألعاب الرياضية مجتمعين والتى تخـوف المعلمـون كثيراً منها. أيضاً تم اصطحاب الأطفال إلى حجرة المكتبة (بالنسبة لمجموعـة الأطفال المعاقين سمعياً). وإلى مسرح المدرسة (بالنسبة لمجموعـة الأطفـال المعاقين عقلياً) لسماع الموسيقى والغناء والرقص علـــى أنغامـها، وكـانت لحظات سعادة غامرة لا توصف شعر بها الطفل المعاق عقلياً وهو يقف يغنـى على المسرح مع زملائه الأطفال العاديين.
- ـ من خلال حصص التربية الرياضية أمكن إعطاء فرصة أكـبر للأطفـال المعاقين والأطفال العاديين للاحتكاك والتنافس فيما بينهم على الكرة مثـلاً أو على الأطواق أو الشرائط، أو التسابق فيما بينهم لإحراز المراكز المتقدمة فـى

ألعاب التنافس مثل الجرى أو تكوين أشكال أو دوائر معينة. وقد تم الاستفادة من المميزات النظرية لدى بعض الأطفال مثل الإحساس بالنظام، تحمل المسئولية والميل للمساعدة المخلصة، حيث أمكن استغلال هذا لكى نعهد للطفل العادى مسئولية. رعاية الطفل المعاق، ليستطيعا التعاون فى انسجام وتجانس، حيث أن هذا الاختلاف أعطى الطفل العادى الاحساس بالمسئولية والأهمية، وأثارت – فى نفس الوقت – لدى المعاق الرغبة فى التقليد والمحاكاة للطفل العادى.

- – بعد انتهاء الحصة أو الفسحة يتم توزيع الهدايا والمأكولات على الأطفال جميعهم ليتناولوا الطعام معاً، قبل ذهاب الأطفال العاديون إلى فصولهم.
- – بدأ الإشراف المستمر من قبل المعلمين والباحثة يقل بالتدريج مع إعطاء مساحة أكبر للتفاعل بين الأطفال العاديين والمعاقين فى كل مجموعة.
- – تمت مراعاة القواعد الآتية أثناء دمج الأطفال.
- – حفز الطفل المعاق للاشتراك والتفاعل مع الطفل العادى.
- تشجيع الطفل على الاندماج والمشاركة فى النشاط المقدم.
- اعطاء الطفل فرصة للتكرار واكتساب النشاط.
- إعطاء الأطفال الفرصة للتفاعل فيما بينهم مع ملاحظة هذا التفاعل عن بعد وتصحيح ما يحدث من أخطاء.
- تبسيط الأنشطة والتعليمات وجعلها بلغة سهلة مفهومة تتناسب مع قدرات الطفل المعاق، وشرحها بلغة الإشارة للطفل المعاق سمعياً.
- بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج، تم تطبيق مقياس السلوك التكيفى (الجزء الثانى) على الأطفال المعاقين، وتطبيق استبانة تقبل الطفل العادى للطفل المعاق على الأطفال العاديين، وتطبيق استبانة تقبل فكرة الدمج على المعلمين (قياس بعدى).

٢- مقياس السلوك التكيفى Adaptive Behavior Scale

من إعداد فاروق صادق (١٩٨٥) وينقسم إلى جزئين : جزء نمائى لنواحى النمو المختلفة، والجزء الثانى ويشتمل على مجال الاضطرابات السلوكية وتتوزع على أربعة عشر مجالاً وهو الجزء الذى استخدم فى الدراسة، وتشير الدراسات العربية إلى أن معاملات ثبات الجزء الثانى من المقياس تتراوح بين (٠,٧٣ـ٠,٩٢) وهى نسبة ثبات عالية، ومن حيث الصدق كانت معاملات الدلالة عالية (عادل خضر، مايسة المفتى، ١٩٩٢).

٣- استبانة تقبل الطفل العادى للطفل المعاق :

من اعداد ايمان كاشف، عبد الصبور محمد (١٩٩٨) وتتكون من (١٤) عبارة وتم حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية وكانت كلها دالة عند ٠,٠١ كما تم حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية وكانت جميع النسب الحرجة دالة عند مستوى ٠.٠١

٤- استبانة تقبل المعلمون لفكرة الدمج :

من اعداد ايمان كاشف، عبد الصبور محمد (١٩٩٨) وتتكون من (١٨) عبارة، وتم حساب ثبات الاستبانة بطريقة التجزئة النصفية، وكانت المعاملات لها دالة عند مستوى ٠,٠١ كما تم حساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية وكانت جميع النسب دالة عند ٠,٠١

الأسلوب الاحصائى :

بعد تطبيق المقاييس المستخدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج، تم التعامل احصائياً مع البيانات بهدف معرفة الفروق التى طرأت على عينة الدراسة، ولتحقيق ذلك تم حساب : المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة فى كل من القياس القبلى والبعدى. ثم تطبيق اختبار ويلكوكسون Wilcoxon

لتحديد الفروق بين رتب أفراد العينة، وهو اختبار اللابرمتري مقابل لاختبار (ت) البرمتري لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات المرتبطة فهو يصلح للمجموعات المتكافئة والعينة الصغيرة (محمد خضير، ١٩٩٩).

وخلاصة هذه النتائج أن نجاح تجربة الدمج تجربة الدمج يتوقف على ثلاث محاور رئيسية لابد أن تكتمل لكي تنجح التجربة وهي :

أولاً : المعلمون والإدارة في المدرسة ومدى اقتناعهم بفائدة دمج الأطفال المعاقين مع الأطفال العاديين خاصة معلمي وإدارة المدرسة للأطفال العاديين الذين يرفضون ذلك بشدة.

ثانياً : الأطفال العاديين الذين يجب تهيئتهم نفسيا ومعرفيا لتقبل التجربة. وأخيراً الطفل المعاق وقدراته. حيث يؤثر الشكل الخارجي للجسم، والقدرة اللغوية ودرجة الذكاء على تقبل الطفل العادي للطفل المعاق. لذلك لابد أن تراعى المرحلة العمرية لكل من الطفل العادي والمعاق عند تطبيق نظام الدمج.

إن عزل الطفل المعاق عن المجتمع في مؤسسات خاصة نظام أدى إلى ظهور العديد من الخصائص والسلوكيات الخاطئة والشاذة عند المعاقين، والتي اعتبرها العاديين سمات مميزة للمعاق. ولكن الدراسات والأبحاث الحديثة أثبتت أن المناخ الاجتماعي السليم والبيئة الدافئة بالحب والرعاية والاهتمام هي السبيل للتخلص من هذه الخصائص والسمات السلبية للمعاق. كما أن المعاق لا يمكنه أن يتعلم وينمو النمو المتكامل حسب قدراته ــ إذا تفاعل وشارك وشعر بذاته في محيط الآخرين. وهذا لن يتحقق مادمنا نعزل المعاق بعيداً عنا، عزلة نفسية ومعنوية قبل أن تكون عزلة مادية مكانية.

ولكن يجب ألا يفهم من الدمج أنه مجرد حضور الطلاب المعاقين في نفس فصول العاديين فقط بل هو محاولة لمساعدة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

من أجل أن يتطوروا اجتماعياً وعقلياً وشخصياً من خلال الاتصال والتفاعل مع أقرانهم العاديين، وهذا يتطلب احداث تغيير شامل فى نظام الدراسة والمناهج وطرائق التعليم المستخدمة فى الصفوف وأنظمة التقويم. فالدمج ليس اختياراً بين كل شئ أو لا شئ. إنه يعتمد على أن يكون النظام التعليمى أكثر مرونة. بحيث يمكن للطلاب المعاقين أن يكونون قريبين من أقرانهم بنفس القدر الذى يستطيعونه ومما يسمح لهم بالنمو والاندماج الاجتماعى.

لذلك يمكن القول أن فكرة الدمج تحتاج إلى الدعم التشريعى والسياسى والتعليمى والتربوى وتطوير سياسة تربوية جديدة تقوم على "أن الحياة فى بيئة اجتماعية متكاملة حق لكل مواطن مهما اختلفت ظروفه وحاجاته ومتطلباته عن الآخرين".

الجزء الثانى

سيكولوجية العميان



الفصل الأول

- المقدمـــــة.
- تعريف المعوقين بصرياً
- تصنيف المعوقين بصرياً.
- أسباب الإعاقة البصرية.
- تشخيص المشاكل البصرية.
- الأخطاء والعيوب الانكسارية فى العين.
- أمراض العيون الشائعة لدى الأطفال.

الفصـــل الأول

المعوقين بصـــريــاً

Visually Handicapped

مقدمـــة :

ويقول المولى عز وجل :

"**إن السمع والبصر والفؤاد كل أولئك كان عنه مسئولا**" صدق الله العظيـــم [الإسراء آية ٣٦) وتلعب حاسة البصر دوراً عظيماً فى حياة الإنســـان. ويعتــبر المكفوفون من أكثر فئات المعوقين حظا من حيث ما حصلوا عليـــه مـــن عنايـــة ورعاية منذ زمن بعيد. ويبدو أن ذلك قد حدث إما نتيجة للشفقة والرحمة بـــهم ـــ حيث أنهم أقرب إلى العاديين من الفئات الأخرى ـــ أو نتيجـــة لتعـــاليم الأديـــان ويقول المولى عز وجل : "**عبس وتولى، أن جاءه الأعمى، ومـــا يدريـــك لعلـــه يذكى، أو يذكر فتنفعه الذكرى**". [عبس آيات ١ ـــ ٤].

وقد شهد القرن الثامن عشر نشأة أول مؤسسة لرعاية المكفوفين فى فرنســا عام ١٧٨٤، ثم ظهرت أول مؤسسة لهم بأمريكا خلال القرن التاسع عشر فى عام ١٨٣٢، ثم شاع بعد ذلك أسلوب رعاية المكفوفين فى مؤسسات أو معاهد خاصـــة (كيرك وجلاجر Kirk & Gallagher، ١٩٧٩، ص٥).

وقد رأى البعض ـــ فى بادئ الأمر ـــ أن وضع المكفوفين أو غيرهم مـــن المعوقين فى مؤسسات خاصة تتيح إمكانية مواجهة حاجاتهم التربوية فى فصـــول تضم أعداد قليلة منهم، حث يقوم بتعليمهم مدرسون ثم إعدادهم خصيصاً لذلك مـــع توفير برامج أو مناهج خاصة بهم، كما أن هذا الأسلوب قد يوفر الحماية اللازمـــة للمعوقين حيث يبعدهم عن أقرانهم العاديين الذى غالبا ما ينبذونهم مما يؤثر فـــى مفهومهم لذواتهم وتوافقهم الشخصى والاجتماعى (جونســـون Johnson، ١٩٥٠)

ومع بداية النصف الثانى من القرن العشرين بدأ البعض ينتقدون أسلوب رعاية المعوقين ـــ وخاصة المكفوفون ـــ فى مؤسسات خاصة، حيث أنه غالبا ما كانت تقدم لهم مناهج تعليمية هزيلة يقوم بتدريسها لهم مدرسون يعتبرون أقل كفاءة من المدرسين الذين يقومون بالتدريس فى المدارس العادية فالمؤسسة تنحو منذ البداية إلى النظر لقدرات التلاميذ المعوقين نظرة متشائمة تقلل من فرصهم فى الحياة وغالبا ما يتمثل هؤلاء التلاميذ لهذه الصورة المتشائمة. كما يؤدى عزل المعوقين فى مؤسسات خاصة إلى وجود حواجز نفسية بينهم وبين أقرانهم العاديين، وغالبا ما يتطور ذلك إلى عدم تقبل كل فريق للآخر مما يزيد الفجوة والنفور بينهم (خبراء اليونسكو، ١٩٧٩).

وهكذا بدأ كثير من المختصين ينادون بضرورة توفير أساليب أخرى لرعاية المكفوفون تقربهم من أسلوب الحياة العادية قر الإمكان، وبالتالى ظهر أسلوب الرعاية الخارجية للمكفوفين حيث يذهب هؤلاء التلاميذ إلى المؤسسة أو المدرسة الخاصة لتلقى التعليم والتدريب خلال اليوم الدراسى ثم يعودون إلى أسرهم آخر النهار، وهو ما يسمى بالدمج الجزئى أو الاجتماعى. بينما ظل أسلوب الرعاية الداخلية للمكفوفين قائم حتى الآن ـــ أيضاً ـــ حيث يقضى بعض التلاميذ المكفوفين كل الوقت فى المؤسسة الخاصة بهم (ربنولد وبريتش Reynold & Brich ١٩٧٢).

ولقد أثارت قضية دمج المعوقين فى التعليم والمجتمع اهتمام العلماء والباحثين خلال النصف الثانى من القرن العشرين، حيث أجريت كثير من الدراسات والبحوث والتجارب حول تأثيره على المعوقين سواء من حيث الجانب الأكاديمى أو الجانب الشخصى، لكى يبدو أن هذه الدراسهات انصبت بصورة أساسية على المتخلفين عقليا بدرجة بسيطة ومن يعانون من صعوبات تعليمية، ومن لديهم اضطرابات سلوكية بسيطة، وقد أغفلت هذه الدراسات بقية فئات

المعوقين بما فى ذلك فئة المكفوفين، وبذلك تظهر مشكلة هامة بحاجة إلى مزيد من المعوقين التى أهملتها الدراسات ـ وخاصة فئة المكفوفين ـ على مستواهم الدراسى، وعلى شخصيتهم، ومدى تقبل الآخرين لهم (عبد العزيز الشخص، ١٩٨٧، ص٢٠٥).

وجدير بالذكر أن عدد المكفوفين فى العالم قد بلغ خمسة عشر مليوناً حتى عام ١٩٦٠ كذلك سجل المعهد القومى الكندى وجود ٢٥٧٦٨ كفيفا حتى عام ١٩٦٦، وقد عقد فى لاجوس بنيجيريا عام ١٩٦٦ أول مؤتمر أفريقى لصالح المكفوفين وأعلن فيه أن عدد من المكفوفين فى اثنين وثلاثين دولة أفريقية قد بلغ ١,٤ مليون كفيفا تقريباً. وفى عام ١٩٦٤ صرح جون ريلسون مدير الجمعية الملكية للمعوقين لدول الكومنولث بلندن بأن عدد المكفوفين قد بلغ ١٤ مليون وقدر نسبة المبصين للمكفوفين بأنها بلغت ٤٥٠ كفيفا فى كل مائة ألف نسمة وتختلف هذه النسبة تبعاً للرعاية الصحية والاجتماعية فى الدول المختلفة فبينما بلغت النسبة فى بريطانيا ٢٠٧ كفيفا نجدها بلغت فى أمريكا ٢١٤ وفى آسيا ٥٠٠ وفى أفريقيا ٧٠٠ وتشير الإحصائيات فى الموسوعة الأمريكية إلى أن عدد المكفوفين فى أمريكا بلغ ٥١٩٠٠٠ وفى انجلترا ١١٢٠٠٠ حتى عام ١٩٨٠ (ابتسام عطية، ١٩٨٦).

وإذا وضعنا فى الحسبان أن نسبة المكفوفين فى مصر تعتبر من أعلى النسب فى العالم حيث بلغ عددهم حتى ١٩٦٠ حسب الإحصاء الرسمى ٩٢٣٥٨ شخصاً مصابين بفقد البصر فقط ولم يدخل فى هذا العدد هؤلاء المصابون بفقد إحدى العينين (٨) وتتجه نسبة كبيرة من هذا العدد إلى التعليم الأزهرى نظراً لما يحظى به هذا التعليم من إتاحة الفرصة للكفيف للدراسة بجانب زميله المبصر حتى آخر مراحله الجامعية.

وإذا كانت الإحصاءات تشير إلى أن نسبة المكفوفين تتزايد ٠,٥% سنويا

فإن الطلب الحديث يتوقع زيادة أكثر من هذه النسبة نظراً لتلوث الجو بالغبار الذرى نتيجة التجارب الذرية كذلك لسوء استخدام الأدوية الكثيرة أثناء الحمل وبعده.

هنا تشير إلى أن الكفيف طبياً ليس هو من فقد بصره تماماً حتى لا يكاد يميز الأبيض من الأسود بل أن هذا التعبير يمتد الآن ليشمل عدداً كبيراً من المرضى الذين يشكون من شدة ضعف أبصارهم بدرجة معوقة شديدة رغم أن المجتمع لا يضعهم فى طائفة المكفوفين.

والجهاز البصرى يعطى الفرد كمية كبيرة من المعلومات وبذلك تؤثر الإعاقة البصرية على الكفاءة الإدراكية كخصائص الشكل والتركيب، والحجم والموضع المكانى واللون ـ المسافة ـ العمق ـ الفراغ ـ الحركة كلها لا تكتمل الاحساس بهذه الخصائص إلا عن طريق الرؤية البصرية.

والإعاقة البصرية لا تمكن الأعمى من الاستكشاف البصرى لما يحيط به من هذه الادراكات فتؤثر سلبيا فى مقدرته على الاستشارة والتفاعل الوجدانى بمثيرات البيئة.

تعريف المعوقين بصرياً : Visually Handicapped

تعددت التعاريف الخاصة بفقد البصر تبعاً لعوامل متقدمة فى كل مجتمع والمستوى الاقتصادى والاجتماعى للمجتمع والقوانين والأعراف الخاصة بكل مجتمع والاختبارات الطبية ومصطلح المعوقين بصرياً يشير بدرجات متفاوتة من الفقدان البصرى ويتراوح ما بين العمى الكلى Totally Blindes والأبصار الجزئى Partially sighted.

وفى قاموس اللغة العربية كلمة أعمى (Blind) أصل مادتها "العماء" وهو الضلالة ويقال العمى هو فقد البصر أو ذهابه أصلاً.

وكلمة الأكمة مأخوذة من كلمة "الكمة" وهو العمى الذى يحدث قبل الميلاد ويشار بها إلى من يولد أعمى.

وأصل كلمة الأعمه "المعمه" فى لسان العرب هى افتقاد البصر والبصيرة، وكلمة "الضرير" مأخوذة من "الضر" وهو سوء الحال إما فى نفس الشخص أو بدنه، والضرارة هى العمى.

وكلمة الكفيف فأصلها من "الكف" معناها المنع والكفيف أو المكفوف هو من كف بصره أى عمى. (سيد خير الله ولطفى بركات ١٩٦٧).

<u>التعاريف الطبية :</u>

ـ تعريف [مصطفى فهمى، ٩٨] الأعمى هو تلك الحالة التى يفقد فيها الشخص القدرة على الرؤية بجهاز الفحص لهذا الغرض وهو العين. وعجز هذا الجهاز إما إصابته بخلل طارئ أو حوادث بيئية أو خلل ولادى أو خلل تشريحى حيث ينقسم إلى قسمين :

أ- أسباب تشريحية خارجية تتعلق بكرة العين نفسها كالقرنية والشبكية والعدسة.

ب- أسباب تشريح داخلية تتعلق بالعصب البصرى والمراكز العصبية بالمخ أو تلف فى مراكز الإحساس العصبى أو العصب البصرى بالمخ.

وتعريف جمعية الطب الملكية بلندن "الأعمى" هو الشخص الذى يضعف بصره للدرجة التى يعجز فيها عن أداء عمل يحتاج أساساً للرؤية.

وتعريف المؤتمر الطبى الاسترالى "العمى" هو حالة من العجز عن عد الأصابع على مسافة متر واحد فى كل الظروف (Kirk 1980).

ـ التعريف الطبى للكفيف فى الولايات المتحدة الأمريكية هو حدة إبصار مركزية

قدرها ٢٠/٢٠٠ وأقل فى إحدى العينين مع استخدام النظارات المصححة، أو وحدة إبصار مركزية تزيد عن ٢٠/٢٠٠ مع وجود مصور فى المجال البصرى بحيث يكون المجال المحيط قد انكمش إلى حد يكون معه أوسع قطر للمجال البصرى مساويا لمسافة زاوية لا تزيد عن ٢٠ درجة.

تعريف الكفيف فى فرنسا :

هو من تقل حده ابصاره عن ١/٢٠ ويشترط فى أسبانيا أن تقل حدة الأبصار عن ١/٢٠ حتى يصبح الشخص كفيف وأن يكون سُبب الإعاقة ذات طبيعة دائمة مع عدم إمكانية التحسن بالعلاج الطبى أو الجراحى.

أما تعريف جمهورية مصر العربية هو تعريف يتطابق مع التعريفات العلمية التى تأخذ بها معظم الدول لاعتمادها على القياس الطبى.

فالكفيف هو ما ينطبق عليه أحد الشروط الآتية :

أ- فقد البصر التام.

ب- حدة ابصار أقل من ٦/٦٠ فى العينين معاً أو فى العين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بالنظارات الطبية. (ملحق الوقائع المصرية، وزارة التربية والتعليم ١٩٨٨).

التعاريف القانونية :

وقد وضع القانون هذه التعاريف للحصول على التسهيلات والضمانات المدنية التى يكفلها لهم القانون كمواطنين مثل الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية والتأهيلية والدعم المادى والعمل.

١- الأعمى (Blind) :

هو الشخص الذى حده ابصاره المركزية تساوى أو تقل عن ٢٠/٢٠٠ قدم. أو (٦⁻٦٠) متر فى أقوى العينين وذلك بعد محاولات تحسينها أو إجراء

التصحيحات الطبية الممكنة باستخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة، أى أن الشخص الاعمى يرى على مسافة ٢٠ قدم أم ٦ متر ما يراه الشخص العادى على مسافة ٢٠٠م أو ٦٠ متر.

٢- ضعاف البصر أو المبصرين جزئيا (Partially sighted)

وهو يتراوح حدة ابصاره المركزية ما بين ٢٠-٧٠، ٦-٢٠م أو ٢٠-٦٠٠، ٦-٦٠ متر فى أقوى العينين وذلك بعد التصحيحات الطبية اللازمة بالنظارات والعدسات اللاصقة.

التعاريف التربوية :

ـ تعريف هيئة اليونسكو التابعة لجمعية الأمم المتحدة "الأعمى" هو الشخص الذى يعجز عن استخدام بصره فى الحصول على المعرفة وهذا التعريف غير دقيق لإمكانية حصول الأعمى على المعرفة بطرق أخرى مثل حاسة السمع أو اللمس (محمد على كامل، ١٩٩٦).

تعريف الأعمى أو المكفوف فى مؤتمر المكنوفين بالولايات المتحدة على أنه الشخص الذى يعجز عن الرؤية التى تمكنه من القراءة ولو استعان بالنظارات.

ـ تعريف جمعية الخدمات العامة فى ميتشجان الكفيف هو الشخص الذى يتعين عليه أن يتعلم ويعيش بالاستعانة بالحواس الأخرى غير حاسة الابصار.

ـ تعريف (القريطى ١٩٩٦) وتضمن التصنيف التالى :

١- العميان Blind وتشتمل هذه الفئة العميان كليا Totally Blind ممن يعيشون فى ظلمة تامة ولا يرون شيئاً. والأشخاص الذين يرون الضوء فقط Light perception والذين يرون الضوء ويمكنهم تحديد مسقطه Light projection وأولئك الذين يستطيعون عد أصابع اليد عند تقريبها من أعينهم

Finger count وهؤلاء الأشخاص جميعاً يعتمدون فى تعليمهم على طريقة "برايل" كوسيلة للقراءة والكتابة.

٢- العميان وظيفيا Functionally وهم الأشخاص الذين توجد لديهم بقايا بصرية يمكنهم الاستفادة منها فى مهارات التوجه والحركة، ولكنها لا تفى بمتطلبات تعليمهم القراءة والكتابة بالخط العادى فتظل طريقة "برايل" هو وسيلتهم الرئيسية فى تعليم القراءة والكتابة.

٣- ضعاف البصر Low Vision Individuals وهم من يتمكنون بصريا من القراءة والكتابة بالخط العادى سواء عن طريق استخدام المعينات البصرية كالمكبرات والنظارات، أم بدونها (ناصر الموس ١٩٩٢).

التعاريف الاجتماعية :

الكفيف هو الشخص الذي لا يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة فى بيئته غير معروفة لديه أو من كانت قدرته بصره من الضعف بحيث يعجز عن مباشرة مسئولياته (نادية سليم الزينى، ١٩٩٠).

وعرف [فتحى السيد عبد الرحيم ١٩٨٥) : الكفيف أكثر اعتماداً على الآخرين وأقل اجتماعياً وأن الدور الذى يقوم به داخل الأسرة أو خارجها أدوار ثانوية وينعكس ذلك على شعوره بذاته ومدى تقبله اجتماعياً. وما درجة هذا التقبل فى إقباله على المشاركة الاجتماعية أو محاولته لتجنب ضغوطها. مما قد يدفعه إلى الانعزال من زحمة الجماعة وغلبة الأحاسيس التى تجعله يستشعر أنه أمل من الآخرين.

ومن هذه التعريفات السابقة نجد أن تعريف الكفيف فى الوقت الحاضر لا يقتصر على كف البصر الذى يتضمن انعدام الرؤية كلية بل ويضيف إلى ذلك أولئك الذين يملكون قدراً معيناً من الأبصار ممن يمكن اعتبارهم مكفوفون جزئياً.

تصنيف المعوقين بصرياً :

تنقسم التصنيفات للأطفال ذوى الإعاقة البصرية إلى فئتان كالآتى :

درجة الإعاقة	نوع الإعاقة	الحاجات والبرامج التعليمية المطلوبة
١- عميان Totally Blind أبصارهم المركزية أقل من ٢٠/ ٢٠٠ قدم أو ٦/ ٦٠ مترا.	فقد كلى للإبصار بالعينين أو بالغين الأقوى بعد العلاج والتصحيح بالنظارة الطبية.	. تختص مدارس النور بقبول حالات الفقد الكلى للإبصار. . تنظم لهم دراسة خاصة للتعليم بطريقة برايل، تيلر والعدادات والنماذج المجسمة، والكتب والخرائط البارزة وكذلك الكتب الناطقة وشرائط الكاسيت وغيرها. . استبعاد جميع الموضوعات التى يحتاج تعلمها إلى قدرات بصرية. . تتم تعليمهم أيضاً عن طريق حواس بديلة عن الابصار، كالحاسة اللمسية أساساً والحاسة السمعية . يتعلمون غالباً فى مدارس داخلية خاصة بهم مزودة بالتجهيزات والكوادر البشرية المتخصصة.
٢- ضعاف البصر أو المبصرين جزئياً Paztially Sighted تتوحد حدة إبصارهم المركزية بين ٢٠/ ٧٠ قدم (٦/ ٢٠ متر) أو ٢٠/ ٢٠٠ قدم (٦/ ٦٠) متر	. لديهم من البقايا البصرية ما يمكنهم من استغلالها فى مهارات التوجيه والحركة. . يحتمل ضعف أبصارهم فى حالة استمرارهم بالمدارس العادية.	. يلتحقون بمدارس وفصول ضعاف البصر ممن لا يستطيعون متابعة دراستهم بالمدارس العادية. . يمكنهم الاستعانة بالمعينات البصرية أو الأجهزة المكبرة للأحرف، ما يمكنهم من استغلال البقايا بالبصر فى قراءة المواد المطبوعة بأحرف كبيرة الحجم أو الكتب العادية. . تسير الدراسة بمدارس ضعاف البصر وفقا للنظام الخارجى.

درجة الإعاقة	نوع الإعاقة	الحاجات والبرامج التعليمية المطلوبة
		. يختلف طريق تعليمهم عن المبصرين فى طبيعة الوسائل التعليمية المستخدمة معتمدين فى استثمارهم ما لديهم من بقايا بصرية مع الاستعانة كلما أمكن بالنظارات والعدسات المبكرة ومن هذه الوسائل الكتب الخاصة ذات الحروف والكلمات كبيرة الحجم والآلة الكاتبة، والخرائط الخاصة المبسطة كبيرة الحجم وقليلة التفاصيل والمصورات واللوحات واضحة المعالم، وتستخدم أحيانا الكتب الناطقة والتسجيلات. . توفير الخدمات التربوية الخاصة فى المدارس الخاصة النهارية أو داخل فصول مستقلة ملحقة بمدارس المبصرين . يقضون بعض الوقت مع أقرانهم المبصرين بالفصول العادية وبعض الآخر فى فصول خاصة داخل المدارس العادية لمواجهة احتياجاتهم التعليمية والاجتماعية.

- تصنيف آخر :

١- مكفوفون كليا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

٢- مكفوفون جزئياً ولدوا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

٣- مكفوفون جزئياً أصيبوا بالعجز قبل سن الخامسة.

أسباب الإعاقة البصرية :

ذكرت الأسباب الرئيسية للإعاقة البصرية من خلال التعاريف والتصنيفات المختلفة للإعاقة البصرية، حيث وجدت أسباب ترجع إلى عوامل وراثية وعوامل بيئية وعوالم أخرى غير معروفة.

أولاً : الأسباب الوراثية :

وهى تمثل حوالى % من الأطفال ذو الإعاقة البصرية وهو أسباب خلقية أو ولادية مثل حالات التنيف خلف العدسة وهو اسم مخلوط بالانفصال الشبكي مع وجود حالات التهاب الشبكية الوراثى وحالات عتمة عدسة العين (المياه البيضاء Cararacts) وحالات الجلوكوما الخلقية (المياه الزرقاء Glucoma) والرطوبة الزجاجية للعين وغلاف العين المشيمى، شبكية العين والعصب البصرى، كلها أمراض خلقية تسبب عمى كلى.

ثانياً : الأسباب البيئية :

وهى تمثل حوالى ٣٣,٠% من الأطفال ذو الإعاقة البصرية فى سن المدرسة وهى تشتمل على :

I- الأمراض والأوبئة :

١- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانى أو الزهرى وخاصة فى الثلث الأول من فترة الحمل.

٢- إصابة الطفل ببعض الأمراض التى تؤثر على أجزاء العين مثل مرض الزهرى داء البول السكرى أو الرمد الصديدى، أو الحصبة الألمانية.

II- الحوادث والإصابات :

١- تعرض الطفل للمفرقعات أو الانفجارات.

٢- استخدام الطرق البدائية فى علاج أمراض العيون كالشم والتوتيا الزرقاء وغير ذلك من العلاجات البدائية.

٣- إصابة العين فى بعض الألعاب الرياضية وألعاب التنشئة أو الصدمات الفجائية فى العين.

ثالثاً : عوامل أخرى غير معروفة :

يوجد نوعَ من أمراض العين غير معروف طبيا يحـــدث فقـط للأطفـــال المبتسرين (ولدوا قبل الموعد المحدود للولادة) يحدث فيه تليف خلف عدسة العيـن ويستمر لمدة ستة أشهر ونادراً ما يتأخر إلى عام وتوصلت الأبحاث إلى أن زيـادة تركيز الأكسجين فى الحضانة يساعد على تحسين هذه الحالات) ويتنـــاقص هـذا المرض بالتحكم فى الأكسجين المغذى للحضانة (Kirk 1972).

وتعليقاً على ذلك نجد أن الأسباب أحيانا تتداخل فقد يحدث فقدان البصر فى الطفولة المبكرة يتساوى إلى حد كبير مــــع الـذى يولـد أعمـى لأن الصـور والذكريات البصرية تميل إلى التلاشى والاختفاء تدريجياً فــى ذاكرتــه بمـرور الزمن ويصعب تدريبه وتعليمه عن الأطفال الذين فقدوا البصر بعد سن الســابعة لأنهم يحتفظون بأساس نشيط من المعلومات والأفكار التى تفيدهم فــى تعليمـهم القراءة والكتابة.

تشخيص المشاكل البصريــة

تعتبر ملاحظة العمى الكلى يسيره إلى حد كبير وفى معظم الأحيان تكتشف فى الرضيع عندما يكمل عاما من ولادته، وعادة يتم ذلك قبل تمام العام. أما التأكد من الإعاقة الأقل فى الدرجة يعتبر أصعب فالطفل الصغير لديه نظراته الخاصــة به لنفسك والتى قد تكون متناقصة لنظرة الآخرين له. ولذلك فمــن الصعــب أن يكتب تقريراً عن مشاكله البصرية. ولذلك وليس غريباً أن يظل القصور البصـوى إلى أن يصل الطفل إلى سن المدرسة إلا إذا اهتم به الوالدين وتم فحصــه بعنايــة لأن الطفل فى هذا السن يبدوا ضعيفاً، مضطرباً، غير مبال أو حتى غير واضــح فى الناحية العقلية. غير أن ملاحظة السلوك البصرى فى فترة الحضانة لا تحظـى بالأهمية من جانب المعلم أو القائمين على رعايته الأطفال داخل الحضانـــة أمــا بالنسبة لتلاميذ المدرسة الابتدائية فنجد أن الملاحظة لها دور كبير فــى الكشـف

المبكر عن علامات الإعاقات البصرية أو صعوباتها فمثـــلاً توجـد ملاحظـات مظهرية مثل :

١- وجود حول فى العين أو اهتزاز قفلة العين.

٢- النهايات وصديد متكرر فى العين.

٣- إفراز دموع من العين بكميات غير عادية.

٤- شكوى الطفل المستمرة من حرقان شديد فى العين مع احمرار الجفنين.

٥- شكوى الطفل عن الصداع والألم عقب المذاكرة أو أى عمل يتطلب الرؤيـــة عن قرب.

٦- تقريب الكتاب أو الشئ المراد رؤية إلى العين على مسافة قريبة جداً.

٧- عدم المقدرة على التمييز البصرى فى رؤية الحروف أو الكلمــات ويضطـر التلميذ إلى فرك العينين ودعكها للرؤية الصحيحة.

٨- رؤية الأشياء مزدوجة فى شكل زغللة مما يجعل الطفل يقطب الحاجبين.

٩- كثرة التعرض للسقوط والاصطدام بالأشياء الموجودة فى المجـال الحركـى والبصرى للطفل أثناء المشى أو أثناء نزوله أو صعوده الدرج.

١٠- يتميز الطفل المعاق بصرياً بالخوف الشديد والحذر والبطء عنـه ممارسـته بعض الألعاب الرياضية أو النشاطات الحرة داخل المدرسة.

١١- عدم الانتباه للأشياء البصرية مثل النظر إلى الصور أو مجلات الحائط.

١٢- تجنب المهام التى تتطلب الرؤية عن بعد.

١٣- نقص فى الفضول الطبيعى بالنسبة للأشياء البصرية التى تثير الفضول.

١٤- الارتباك فى الأنشطة التى تتطلب توافق العين مع اليد.

الأخطاء والعيوب الانكسارية فى العين :

تمثل الأخطاء الإنكسارية فى العين ما يقرب من نصف الاضطرابات أو الإعاقات البصرية فى شكل العين، وحجمها، ووسائل إنكسارها Refractive Media مثل وضع الصورة على الشبكية وعمل القرنية والعدسات والعضلات الموجودة فى مؤخرة مقلة العين فعندما ينظر الطفل إلى صورة أقرب من ٢٠ قدم تزداد عضلات العين فى التقوس والتحدب للعدسات لتكون صورة أقرب حتى يتم ارتكازها على الشبكة ويتم الرؤية الطبيعية وتسمى هذه العملية بعملية تكييف العين (Accommodation) وعندما تكون العين غير طبيعية (Ametropic) لا تكون الصورة على الشبكة على بعد ٢٠ قدم وفى هذه الحالات تظهر العيوب الإنكارية للعين مثل طول النظر Hyperopic وقصر النظر Myopic والاستجماتزم (Astigmatic) أو جميعهم معاً Comlimation thereol.

أولاً : طول النظر Hyperopic

وهى حالة تكون كرة العين قصيرة جداً من الأمام للخلف بحيث يرتكز شعاع الضوء خلف الشبكة مكوناً صورة مشوهة غير واضحة ولتصحيح هذه الحالة يستعين الطفل بعدسات محدبة لتقريب التجمع الإشعاعى للضوء وتركزه على الشبكية وليس خلفها وتظهر الصورة بوضوح ويرى الطفل وهذا لا يعنى أن الطفل ذو طول النظر يستطيع أن يرى بوضوح من مسافات بعيدة عن الشخص العادى.

ثانياً : قصر النظر Myohce

وفى حالة عكس طول النظر حيث يتكون حجم كرة العين طويلة من الأمام إلى الخلف بحيث يرتكز شعاع الضوء أمام الشبكية وليس على الشبكية ويتم تصحيح ذلك بواسطة عدسات مقعرة توزع شعاع الضوء وتركزه على الشبكية وتظهر الصورة بوضوح ويرى الطفل.

ثالثاً : الاستجماتزم Astigmatic

وهو عيب إنكسارى ينتج عن عدم انتظام تقوس القرنية أو العدسات حيث يتشتت الضوء والأشعة المنعكسة حيث لم تتجمع فى بؤرة أو فى نقطة واحدة على الشبكية فربما تسقط أجزاء من الأشعة خلف الشبكة أو أمامها ولذلك تكون الرؤية غير واضحة وتحاول العين فى وضوح الصورة ولكن دون جدوى ويغلب عليها الاضطراب ويعرف (بالزغللة).

عيوب فى عضلات العين Kirk 1972

تتركز هذه العيوب فى العضلات بسبب نقص فى توافقها أو عدم التنسيق أو التآزر بين عضلات العين فى بينهما :

١- الحول Strabismus

وفيه يحدث خلل من الرؤيا حيث ينشأ عدم تحكم فى العضلات الخارجية ويتمثل فى الانحراف الشديد فى العينين عن وصفهما الطبيعى حيث يستحيل الرؤية المؤخرة للشكل المرئى معاً، ولم تتركز العين يتوافق على شكل واحد. وتتحول فى معظم الحالات أحد العينين إلى الداخل فى اتجاه الأنف ويسمى ذلك حول داخلى Internal strabismus وعندما تتحول العين إلى الخارج يسمى حول خارجى External Strabismus.

عيوب أخرى بالعين Kirk 1972

تؤثر العديد من الأعراض المرضية الباثولوجية العديدة فى وظائف الأبصار وينتج عنها الإعاقة البصرية.

١- الألبينزم Albimism وهو مرض شبيه بالبرص ويكون فيه لون العين ضارب فى البياض، وهى حالة خلقية فطرية موروثة تتميز بغياب شديد للصبغة فى الجلد، وقزحية العين وغالباً يكون مصحوباً بعيوب إنكسارية وحدة إبصار منخفضة.

٢- نستجمس Nystagmus أو تذبذب المقلتين لا إرادياً وهى رعشة لا إرادية فى مقلة العين مصحوبا بضعف فى الرؤية مع حركة سريعة اهتزازية ولكن فى اتجاه عمودى.

٣- فوتوفوبيا Photophobia أو الحساسية الشديدة للضوء ينشأ عنه عتامة للعدسات البلورية الشفافة يصبح غلافها معتما مع فقدان فى حدة الأبصار.

٤- عتمة عدسة العين الكاتاركتا Cataract يتميز هذا المرض بوجود سحابة تغطى العدسة وتفقدها شفافيتها يترتب عليها ضعف فى الإبصار وتصلح العمليات الجراحية فى علاج هذا المرض عن طريق إبدال العدسات.

٥- الجلوكوما Glaucoma أو ارتفاع ضغط العين وفيها يحدث زيادة فى الإفرازات المائية للعين مع عدم تصريفها بالقنوات الطبيعية فينتج عن ذلك ارتفاع فى الضغط العادى على كرة العين وتزايد يؤدى إلى عدم وصول الدم إلى العصب البصرى ويحدث انفصال فى شبكية العين ويؤدى إلى العمى.

أمراض العيون الشائعة لدى الأطفال :

التأكد من سلامة النظر لأطفالنا جزء هام من الفحص العام. كما ان كثيراً من الأمراض البدنية العامة تؤثر فى العين وتسبب ضعفا فى النظر. ففى بعض الحالات تساعد أمراض العين ونتائج فحصها فى تشخيص مرض عام وإنقاذ المريض من مضاعفات هذا المرض.

إذا من الضرورة الاهتمام بالرعاية الصحية للعيون منذ الصغر وذلك بعرض الطفل للعلاج فى الحال إذا أصيبت عيناه بأى مرض أو أذى وإذا كان هناك ضعف فى النظر أو صعوبة فى القراءة فقد يحتاج الطفل إلى نظارة طبية خاصة بعد فحصه، فنجد مثلا أمراض العيون الشائعة بين أطفالنا هى :

أولا : التهابات الملتحمة :

١- التهاب الملتحمة المعدى الحاد فى الوليد.

٢- التهاب الملتحمة المعدى الحاد فى الأطفال.

٣- التهاب الملتحمة الربيعى ويحدث ذلك كثيرا فى الأطفال وخاصة فى فصل الصيف لكثرة تعرض الأطفال إلى بعض الجراثيم والميكروبات أثناء اللعب.

▪ **أعراضه :**

١- حدوث احمرار وتورم وإفراز قيحى وشعور بألم وحرقان وخشونة تحت الجفون وكراهية للضوء.

▪ **علاجه :**

١- الفحص المجهرى لإفرازات العين لمعرفة نوع الميكروب.

٢- العرض على الطبيب لاستخدام العلاج الصحيح.

▪ **الوقاية :**

الابتعاد عن العوامل التى تسبب الحساسية الحادة فى العيون.

٤- التراكوما (الرمد الحبيبى)

التراكوما التهاب مزمن فى الملتحمة وهذا المرض تؤثر فى فقد البصر عند العديد من أطفال مصر.

▪ **الأسباب :**

١- تنتقل العدوى الجرثومية (البكتريا) بالاختلاط وخاصة بين الأطفال الصغار.

٢- عدم اتباع قواعد النظافة العامة للعيون.

▪ **الأعراض :**

يحدث التهاب العين فى ملتحمة وينتقل إلى القرينة وكلما تطور المرض

كلما زادت أثاره الضارة على العين وقد تصاب الجفون وتنحنى أطراف الجفون والرموش وإذا تطور المرض أكثر فقد تصاب القرنية بقرحة وهذه قد تسبب ضعفاً أو فقداً كاملاً للبصر.

* **العلاج :**

١- الفحص المعملى.

٢- الكشف الطبى لتحديد فترات العلاج.

* **الوقاية :**

١- رفع مستوى المعيشة اجتماعياً واقتصادياً.

٢- الاهتمام بالرعاية الصحيحة الجيدة خاصة فى القرى وقد ثبت أن له التركيز فى القضاء على هذا المرض.

٣- توفير المياه النقية للنظافة وهى من العوامل الأساسية لتحسين صحة الطفل.

٤- وقاية أفراد الأسرة الأصحاء من انتقال العدوى لهم باستعمال مرآهم العين يومياً.

ثانياً : التهابات قرنية العين :

إن قرنية العين صافية فى منظرها ولا يوجد بها أوعية دموية ولذلك فإن وجود أى غشاوة أو عتامة أو ظهور أوعية دموية على سطحها يعتبر مرض له أهميته ويحتاج إلى فحص دقيق.

أسباب التهاب القرنية :

١- نقص فيتامين (أ) وهو يصحب أمراض سواء التغذية أو الغذاء المحدد لأسباب مرضية مثل الحساسية.

٢- جرح فى القرنية أو أذى أو دخول جسم غريب.

٣- عدوى جرثومية خاصة فى الميكروب السبحى والرئوى.

٤- عدوى فيروسية.

٥- عدوى بأحد أنواع الفطر خاصة إذا جرحت القرنية بأحد فروع الأشجار أو النباتات.

٦- مرض الدرن أو السل.

٧- مرض الزهرى والسيلان.

- **الأعراض :**

يسبب التهاب القرنية ألما فى العين وكراهية للضوء وكثرة الدموع وغشاوة فى النظر، وفى حالة نقص فيتامين (أ) تبدو القرنية قاتمة وجافة وبتطور المرض تصبح هذه البقع البيضاء، وفى حالة العدوى الشديدة قد يتكون خراج فى مقدمة القرنية.

- **العلاج :**

١- أخذ عينة من إفرازات العين لفحصها مع لبس المريض نظارة سوداء لحمايته من الضوء.

٢- اختبار جلدى للدرن.　　　٣- اختبار دم للزهرى.

٤- فى حالة نقص فيتامين (أ) يمكن علاج الطفل بفيتامين (أ) بالفم أو الحقن.

٥- استشارة الطبيب للعلاج مبكراً.

ثالثاً : التهاب عدسة العين :

مرض كاتاركتا (ساد العدسة) : وهو عبارة عن عتامة فى العدسة وقد توجد منذ الولادة أو تتكون أثناء الطفولة.

- **الأسباب :**

أ- إصابة الأم بالحصبة الألمانية أثناء الثلث الأول من الحمل.

ب- أذى للعدسة من إصابة العين بجرح خارجى.

ج- بعض الأمراض الوراثية مثل مرض السكر ومرض ازدياد الجلاكتوز.

د- تسمم خاص من تناول أو استنشاق مادة النفتالين.

هـ- يحدث من تناول عقاقير الكورتيزون بجرعات كبيرة ولفترة طويلة من الزمن.

و- قد يكون أحد مضاعفات أمراض أخرى للعين مثل الماء الأزرق أو الجلوكوما.

- **الأعراض :**

١- ضعف فى النظر.
٢- حول العين.
٣- اهتزاز بالعين إذا ضعفت النظر إلى درجة كبيرة.

- **العلاج :**

تصلح الجراحة عندما يكون المرض مبكراً ومن الأفضل أن يكون عمر الطفل أكثر من ٦ سنوات ولكن فى بعض الحالات الخلقية قد تحتاج إلى الجراحة فى وقت مبكر بعد الشهر السادس من العمر.

الفصل الثانى
خصائص المعوقين بصرياً

- الخصائص الشخصية ومفهوم الذات.
- الخصائص الحركية والحسية.
- الخصائص المعرفية أو العقلية.
- الخصائص الانفعالية والاجتماعية.
- حاجات الطفل المعاق بصرياً.
- العوامل المؤثرة فى شخصية المعاق بصرياً.
- طرق قياس القدرة البصرية.

الفصل الثانى

خصائص المعوقين بصرياً

أجريت دراسات عديدة على نطاق واسع لفحص الخصائص المميزة للمكفوفين لأهمية معرفتها حيث تفيدنا فى اتخاذ القرارات التعليمية والتربوية الملائمة لهذه الخصائص وتشمل بعض خصائص الشخصية ومفهوم الذات والاتجاهات الاجتماعية نحو الإعاقة وبعض الخصائص الانفعالية والاجتماعية والخصائص الحركية والحسية والخصائص المعرفية.

أولاً : الخصائص الشخصية ومفهوم الذات :

يعتبر مفهوم الذات متغير هاماً من متغيرات الشخصية فلا يمكن فهم الشخصية إلا من خلال الصورة التى يكونها الفرد عن ذاته. والتى تدل على تقدير الفرد لقيمته كشخص له تفكيره ودوافعه وسلوكه ومفهوم الذات يظهر خبرات الفرد بالواقع وانجازاته الفعلية ويتأثر بالأحكام التى يتلقاها الفرد من الأشخاص. وعلى ذلك فإن مفهوم الذات للفرد يشير إلى كل خواص الفرد من أعمال وأفكار وانفعالات واستعدادات وممتلكات مادية وأنماط سلوكية ويتميز مفهوم الذات بالتغير وعدم الثبات نتيجة التغيرات التى تحدث للفرد فى قدرته على إدراك سماته المختلفة ونتيجة تعرضه للتفاعلات الاجتماعية ووسائل التقييم الاجتماعى. غير أن مفهوم الذات مفهوم مركب متعدد الأوجه ويعاد تقديره فى ضوء الآخرين سميث (Smith 1978)، ويتأثر مفهوم الذات أيضاً بما تصبغه العوامل الثقافية المختلفة الموجودة فى إطاره الاجتماعى من قيم اجتماعية.

وخلاصة القول أن مفهوم الذات مفهوم عام متعدد الأبعاد والمكونات قابلة للتغيير فى ضوء السن والعوامل الاقتصادية والاجتماعية. وقابل للتغير فى ضوء مؤثرات أخرى منها صورة الجسم وإعاقاته وما لها من تأثير على تقييم الفرد

لذاته وقابليتها للتغير بالإرشاد والتوجيه والعلاج وسوف نتعرف على الذات فـــي أبعادها المختلفة وهى :

١ـ الذات الجسمية Physical Self

وتعكس اتجاه الكفيف نحو الإعاقة من مظاهر جســـمية وقـــدرات لمســـية وحسية ولزمات عصبية ومدى تقبله ورضاه عن ذاته الجسمية.

٢ـ الذات الشخصية Personal Self

وتعكس شعور الكفيف بصفاته الشخصية وكفاءته وأهميته وتقييمه لذاته كما يشعر بها وكما يدركها الكفيف فى علاقته بالآخرين من المبصرين والمكفوفين.

٣ـ الذات الأسرية Family Self

وتعكس مدى أهمية الكفيف لكفاءته الأسرية واتجاهه نحو الأسرة واتجـــاه الأسرة نحوه كما يدركه هو.

٤- الذات الاجتماعية Social Self

وتعكس درجة التفاعل الاجتماعى للكفيف مع الآخريـــن وإدراكـــه لمـــدى كفاءته فى علاقاته الاجتماعية بالآخرين ومدى أهمية هذه العلاقات بالنسبة له.

٥ـ الذات الواقعية Edentity What he

تعكس ذات الكفيف كما يدركها فى الواقع.

٦ـ الذات السلوكية Behavior Self

وتعكس سلوك الكفيف وتصرفاته كانعكاس لاتجاهه نحو ذاته (أميرة الديـب ١٩٩٢).

وكما سبق أن تكوين مفهوم الذات يعتمد إلى حد كبـــير علـــى المشـــاعر والاتجاهات التى يعتنقها الآخرون نحوه وخاصة الذين يمثلون أهمية فـــى حيـــاة

الفرد ومن ثم يسهم الوالدان والأقران والمعلمون والجيران بشكل خاص فى تشكيل صورة الفرد عن ذاته وعلى ذلك فالأشخاص المهمين فى حياة الكفيف لهم أثر كبير فى الاتجاهات التى يشعر بها الفرد.

وعندما يقترن المكفوفين مع المبصرين فإن المكفوفين يلتزمون بصورة أكبر بمستويات المبصرين وليس بمستوى زملائهم من المكفوفين لوكوف وآخرون (Lukoff & et. Al 1972) وعلى العكس من ذلك عندما يقترن المكفوفون بأشخاص مكفوفين آخرين فإنهم يميلون إلى الاستجابة بشكل كامل لمستويات زملائهم هذا وفى كثير من الأحيان يواجه المكفوفون عقبات يجب التغلب عليها ليتعلموا الثقة بالبيئة المحيطة بهم ومن أجل الشعور بالثقة بالنفس وقد أظهرت الدراسات التى أجريت على المراهقين المكفوفين أنهم ينظرون لأنفسهم بصورة أكثر سلبية وأن أبعاد مفهوم الذات لديهم منخفضة بشكل متطرف فى المظاهر المرتبطة بالأبعاد الجسمية هذا قد يرجع إلى اختلاف صورة الجسم لدى الفرد العادى عنه لدى الكفيف ولادياً ففى حالة الطفل العادى فإنه كلما تقدم تجاه النضج يتعلم بصورة لا شعورية فى البداية وبطريقة غير مقصودة بعد ذلك بعض الحقائق والأشياء عن جسمه كشكل الجسم وإمكانيات الحركة وعلاقة الجسم بالأشياء القريبة والبعيدة والحركات الخاصة بأجزاء الجسم. وحيث يلعب البصر دوراً أساسياً فى تحقيق ذلك.

ومن هنا يواجه الفرد الأعمى صعوبات فائقة فى ممارسة أنشطة الحياة اليومية وتنقلاته من مكان إلى آخر وذلك نتيجة فقدان حاسة البصر مما يدفع الفرد المعاق إلى بذل المزيد من الجهد قد يعرضه إلى الإجهاد العصبى والتوتر النفسى والشعور بانعدام الأمن عموماً والإرتباك وخاصة من التقنيات الحديثة والتى تزيد منه تعقيدات الوسط البيئى خارج المنزل وداخله يومياً.

وأجريت دراسات عديدة فى مفهوم الذات لدى المكفوفين ومنها دراسة

فتحى السيد (١٩٦٩) وفيها قام الباحث بمقارنة مجموعات ضابطة من المبصرين والمكفوفين فى أبعاد مفهوم الذات ودرجة استبصار مفهوم الذات واختبار الشخصية. وحصل على نتائجه على أن الإعاقة البصرية تؤثر فى درجة تقبل الآخرين للفرد وتؤدى إلى درجة الاستبصار أو الواقعية فى تكوين مفهوم الذات وتؤثر فى درجة التوافق الشخصى. وفى دراسة أميرة عبد العزيز (١٩٩٢) حيث ألقت الضوء على أبعاد مفهوم ذات الكفيف فى علاقتها ببعض المتغيرات الشخصية الاجتماعية النفسية والتى تتركز بصفة خاصة على كل من متغير: التعليم، الجنس والقلق وكانت نتائج الدراسة كالآتى :

١- بالنسبة لمتغير الجنس كانت الذكور الكفيفين أكثر ايجابية فى مفهوم الذات الجسمية والشخصية الاجتماعية وذلك مقارنة بالإناث الكفيفات.

٢- لعب التعليم دوراً هاماً فى تدعيم الذات وإيجابيتها وحدث تفاعل مع الذكور أكثر من تفاعله مع الإناث وذلك فى بعدى الذات السلوكية والذات الكلية.

٣- وجد ارتباط دال بين درجة القلق وأبعاد الذات سواء للمتعلمين أو غير المتعلمين.

وفى دراسة نادية سليم الزينى (١٩٩١) تم التعرف على تأثير الصناعة التى يلتحق بها الطفل الكفيف وما يدور فيها من تفاعلات وما يمارس بداخلها من أنشطة رياضية وثقافية وفنية فى مساعدة الطفل على أن يدرك ذاته إدراكاً صحيحاً وكان مفهوم الذات هو المحور الأساسى للدراسة لأن الاتجاه الايجابى نحو الذات يعتبر من العوامل الأساسية المحددة للحياة الناجحة ولتحقيق التوافق فمفهوم الفرد لذاته هو محور تفكيره وسلوكه لذلك فإن مفهوم الفرد لذاته يحدد بدرجة كبيرة كيف يدرك الأشخاص الآخرين فى الأسرة وفى المجتمع وفى المواقف الأخرى.

ومن الدراسات التى أجريت على مفهوم ذات الكفيف نستنتج الآتى :

١- أن مفهوم الذات لدى الكفيف يعتبر مظهر من مظاهر سوء التوافق وأن الإعاقة تؤثر فى درجة تقبل الآخرين للفرد وأن انخفاض درجة تقبل الطفل يرتبط بانخفاض درجة التقبل أيضاً من جانب الوالدين له.

٢- أن المعوقين بصرياً يعبرون عن اعتقادهم بأن المبصرين يحملون بعض الاتجاهات غير المرغوب نحوهم مما يؤثر فى درجة تقبل المعوقين بصرياً للآخرين.

٣- وجود بعض الاتجاهات السلبية من جانب الوالدين تجاه الطفل المعوق بصرياً مما يؤثر على مفهوم الذات لديه.

ويعتبر مفهوم الذات متغيراً هاماً من متغيرات الشخصية فلا يمكن فهم الشخصية فهما كاملاً وكذلك السلوك الشخصى الظاهرى إلا من خلال الصورة التى يكونها الفرد عن ذاته وذلك لأن الكائن الإنسانى لا يقتصر فى تفاعله على البيئة سيكولوجيا على مجرد صدور الاستجابات وما يتبعها من عملية أو تعديل بل إن هذه الاستجابات ذاتها تصبح ضمن المتغيرات الأخرى للبيئة موضوعاً لإدراكه وتصوره وانفعاله بما يمكن من تصور للتنظيمات السلوكية الخارجية والحكم عليها والاتصال بها. وبذلك يشمل مفهوم الذات تقدير الفرد لقيمته كشخص وهو مجدد لتفكيره ودافعيته وسلوكه وهو أيضاً محدد لإنجاز المرء الفعلى حيث يظهر جزئياً من خبرات الفرد بالواقع والاحتكاك به. ويتأثر أيضاً بالأحكام التى يتلقاها الفرد من الأشخاص الأكثر قرباً فى حياته.

الاتجاهات الاجتماعية نحو الإعاقة :

تؤثر الأسرة تأثيراً كبيراً فى شخصية الطفل فنوع العلاقات السائدة فى الأسرة بين الأبوين تحدد بدرجة كبيرة شخصية أطفالهم. لأن الطفل يتفاعل مع أسرته أكثر من تفاعله مع الآخرين وخاصة فى المراحل العمرية الأولى. ومن خلال ذلك يكون الطفل فكرته عن ذاته في بادئ الأمر.

فقد يرى الطفل نفسه محبوباً أو مرغوباً فيه أو منبوذاً غير مرغوب فيه ومن ثم ينشأ الرضا عن النفس أو النفور منها أو عدم الثقة بالنفس، فتنشأ الصراعات التى تتميز بمشاعر الضيق والعصبية ومشاعر الذنب والقلق، والشعور بالنقص والرثاء للذات والاكتئاب والضجر.

والطفل الكفيف يتأثر بالاتجاهات الاجتماعية والوالدية كسائر الأطفال فقد ينمو الطفل الكفيف اعتمادياً إذا ما كانت أساليب معاملة الوالدين له تتسم بالنبذ وعدم التقبل أو الإهمال والرفض.

واهتم علم النفس الاجتماعى بالاتجاهات الوالدية نحو كف البصر فالبعض يرى أنها تمثل فى التقبل كطرف إيجابى ثم الحماية الزائد والإهمال كطرف سلبى. (مارى بومان ١٩٦٦) والبعض الآخر يرى أنها اتجاهات تتمثل فى الإنكار والقسوة والرفض بنوعية الصريح والضمنى (قدرية ١٩٨٠)، (قشقوش ١٩٧٢).

كما يرى آخرون أن الطفل الكفيف لا يحظى بعناية الأسرة كغيره من الأطفال. فهو إما عرضه للحماية الزائدة والتدليل الزائد بحجة أنه عاجز ويحتاج إلى الشفقة. وإما عرضه للقسوة المسرفة والإهمال أو الرفض لأنه مصدر عبء على الأسرة.

والأسرة بذلك لا تدرك أنها تدفع بهذا الطفل إلى أن ينمو بالشخصية الاعتمادية التى تعودت على الآخرين أو بالشخصية الانسحابية التى تخشى المواجهة وتفضل العزلة والانطواء (فتحى السيد ١٩٦٩)، وتعدد أنواع الاتجاهات الوالدية التى يتمسك بها الأباء فى معاملتهم لطفلهم الكفيف وهى :

١- الرفض وهو السلوك الظاهر نحو الكفيف والذى يشعره بأنه غير مرغوب فيه وليس له قيمة، وهو سلوك يهدد أمان الطفل ويتركه فريسة للشعور بالوحدة والحرمان.

٢- الإهمال : ويقصد به ترك الطفل وعدم العناية به دون تلبية لحاجته اليومية أو الروتينية وكذلك دون تشجيع السلوك المرغوب فيه أو محاسبته على السلوك غير المرغوب فيه.

٣- التفرقة : وهى عدم المساواة بين الأخوة والأخوات وتفضيل الأبن السوى على الابن الكفيف.

٤- الحماية الزائدة : ويقصد بها تلبية كل متطلبات الطفل والقيام بواجباته ومسئولياته بدلاً منه.

ومثلما تؤثر الاتجاهات الاجتماعية نحو المعوقين بصرياً فى توافقهم ومفهومهم عن ذواتهم وتحصيلهم الدراسى. فإنها تؤثر أيضاً فى نمط الخدمات الصحية والاجتماعية والتعليمية التربوية التى تقدم للكفيف وهذا يستلزم ضرورة إعداد برامج إرشادية لأسر الأطفال المعوقين بصرياً حتى يتعرف الوالدين على الأساليب المناسبة لمعاملة أبنائهم مكفوفى البصر. والتدخل المهنى وفقاً لنموذج عملية المساعدة حتى يتم تحديد أوجه القصور فى أساليب المعاملة بدقة من خلال الواقع وكذلك تحديد المطلوب عمله لتغيير السلوك.

لقد تعددت اتجاهات الباحثين فى دراسة الكفيف فالبعض اهتم بالكشف عن الاتجاهات نحو الإعاقة البصرية والمعوقين بصرياً والبعض الآخر اهتم بشخصية الكفيف وتوافقه.

أولاً : دراسات اهتمت بالاتجاهات نحو الإعاقة البصرية والمعوقين بصرياً :

حيث دلت نتائج جومان Gowman (١٩٥٧) عن أن كف البصر من أصعب الإعاقات تقبلاً من جانب المبصرين. وأن الاتجاهات نحو فقدان البصر تبدو شديدة التعقيد وذات طبيعة متعددة الأبعاد لوكوف Lukoff (١٩٧٢) وقد كشفت دراسة كرامر Cramer (١٩٧٣) عن وجود عدد من العوامل النفسية

وراء كل اتجاه على حدة من الرفض الصريح، الرفض المقنع (الحماية الزائـــدة) التقبل فالاتجاهات السلبية من مشاعر العطف الزائدة والتسامح والمساعدات التـــى تقدم للمكفوف بصورة مسرفة تقف عقبة فى سبيل توافقه بصورة سليمة حيث عبر المكفوفين بشكل واضح عن استجابات الشفقة على أنها إحدى العقبـــات العاطفيــة التى تحطم لديهم الشعور باحترام الذات. أما دراسة كرانـدل Crandell (١٩٧٧) والتى اهتمت بالكشف عن العلاقة بين اتجاهات المبصرين نحـــو التعـامل مــع المكفوفين ودرجة التوافق الاجتماعى للطلاب المكفوفين فى المــدارس الخاصــة بمقارناتهم بالطلاب المكفوفين فى المدارس المشتركة (مبصرين، مكفوفين) وقـــد دلت النتائج على أنه لا توجد فروق بين المكفوفين فى المجموعتيــن مــن حيـث التوافق والقيم الشخصية وإن كانت النتائج قد أشارت إلـــى أن المكفوفيــن أكـثر عدوانية من المبصرين هذا كما توصل الباحث فى هذه الدراسة إلى أن المكفوفيـن يميلون إلى التعامل مع أى إعاقة أخرى أكثر من التعامل مع المبصرين بينما يميل المبصرون إلى التعامل مع المكفوفين أكثر من الإعاقات الأخرى. وقد اتفقت هــذه النتائج مع نتائج فتحى عبد الرحيم (١٩٨٠) فى أن غالبيــة أفــراد العينــة مــن المكفوفين لديها اعتقاد أن الإعاقة التى تصيبهم تحجب عن الآخريـن تمييـز مــا يتمتعون به من قدرات إيجابية. وأن الإعاقة البصرية تنعكس على جميع العلاقـات التى يرغبون فى المشاركة فيها. وقد كشفت دراسة جونس Gones (١٩٧٦) عن أن أصحاب الأعمال لديهم استعداد لتشغيل المكفوفين فى الوظائف بل وقد يفضـل أصحاب الأعمال تشغيل المكفوفين إذا ما تساوا فى التدريبــات مــع الأشـخاص العاديين. أما عن الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بتوافق الكفيف فقـــد دلـت نتـائج دراسة قدرية الكيلانى (١٩٨٢) على أن كل من اتجاه القسوة. الإهمال، التفرقـــة من أكثر الاتجاهات الوالدية إدراكاً من جانب الكفيف والتى كان لها تأثير ســلبى على توافقه الشخصى والاجتماعى.

ويرى محمد مرسى (١٩٩٠) أنه قد ينمو لدى الطفل الكفيف مشاعر عـــدم الطمأنينة نتيجة الاتجاهات الوالدية السلبية المترتبة على فقد البصر.

وفيما يختص بأسلوب الرعاية فقد أجرى هاردى Hardy (١٩٦٧) دراسة للقلق الصريح بين مجموعة من المكفوفين بالمرحلة الثانويـــة ممـــن يخضعـــون لأسلوب الرعاية الداخلية، وأشارت النتائج إلى وجود سمة القلق لدى أفـــراد هـــذه المجموعة بصورة كبيرة بالمقارنة إلى أقرانهم المبصرين، وأجرى حسين دالـــى (١٩٧٩) دراسة دمج المكفوفين على توافقهم الشخصـى والاجتمـــاعى، وتكونـــت عينة الدراسة من (١٠٠) تلميذاً كفيفاً بالجزائر فى المرحلتين الإعدادية والثانويـــة، نصفهم يخضع لأسلوب الرعاية الداخلية فى مؤسسة خاصة بينما يلتحق النصـــف الآخر بفصول خاصة بالمدارس العاديـــة وقـــد أوضحـــت النتـــائج أن التلاميـــذ المندمجين أكثر توافقاً من أقرانهم المعزولين فى معهد خـــاص، وأجـــرى محمـــد الطيب (١٩٨٠) دراسة لأثر الإقامة الداخلية على التوافق الشخصى والاجتمـــاعى للمراهقين المكفوفين من الجنسين واستخدام لذلك عينة قوامها (٧٠) كفيفاً وكفيفـــة، نصفهم من الخاضعين لأسلوب الرعاية الخارجية، أما النصف الآخر فيخضعـــون لأسلوب للرعاية الداخلية، وقد أوضحت النتائج عدم وجود نتائج دالة إحصائياً بيـــن متوسطات درجات المجموعتين فى التوافق الشخصى والتوافق الاجتماعى ســـواء بالنسبة للذكور أو بالنسبة للإناث، بينما اتضح تميز مجموعة الرعايـــة الداخليـــة بالتوافق العام بالنسبة إلى مجموعة الرعاية الخارجية. ويبـــدو أن هـــذه النتـــائج تختلف عن نتائج الدراستين السابقتين فى هذا الصدد.

وفيما يختص بالاتجاهات نحو الإعاقة البصرية فقد أوضحت دراسة عبـــد العزيز الشخص (١٩٨٦) أن اتجاهات العاملين فى مجال التعليم ــ عينة الدراســـة أكثر ايجابية نحو المكفوفين مقارنة إلى فئات المعوقين الأخرى. كمـــا أوضحـــت دراسة فاروق صادق وآخرون (١٩٨٧) أن اتجاه أفراد المجتمـــع الســـعودى ــ

عينة الدراسة ـــ يتسم بالاتجاه الإنسانى بوجه عام نحو المكفوفين وإنه ليس هناك اختلاف فى هذه الاتجاهات باختلاف السن أو الجنس أو مستوى التعليم لأفراد العينة.

وبالنسبة لإدراك المكفوفين لاتجاهات المبصرين نحوهم فقد أوضحت دراسة إبراهيم قشقوش (١٩٧٢) وجود معاملات ارتباط جزئية موجبة دالة بين درجات أفراد العينة فى مقياس الاتجاهات الذى استخدمه الباحث ودرجاتهم فى جميع أبعاد التوافق موضع الدراسة.

وهكذا فرغم تشعب الدراسات التى أجريت فى هذا المجال ـــ والتى عرض عينة منها مراعاة للإيجاز ـــ فيبدو أنها أغفلت تأثير أسلوب الرعاية على مستوى القلق كأحد العوامل الهامة فى تحديد درجة التوافق الشخصى والاجتماعى للمكفوفين، كذلك تأثيره على اتجاه المكفوفين نحو الإعاقة البصرية الذى يعكس مدى تقبلهم لذواتهم رغم إعاقتهم.

لقد أثبتت الدراسات أن الإعاقة على اختلاف أنواعها ذات تأثير واضح على سلوك الفرد وتصرفاته، فالشعور بالنقص الناشئ عن القصور العضوى يصبح عاملاً مستمراً وفعالاً فى النمو النفسى للفرد (إقبال بشير وآخرون، ١٩٨٤). إن كف البصر فى حد ذاته ليس بالضرورة وأن يصاحب بالخصائص السلبية مثل القلق أو سلبية الاتجاه نحو الإعاقة البصرية، بل إن صلة الكفيف بالمجتمع ومواقفه منه تؤثر كثيراً فى هذا الصدد (كاتسفورت، ١٩٥٠)، فرغم انتشار بعض الخصائص السلبية بين صغار المكفوفين مثل الشعور بالدونية، وعدم الثقة بالنفس، وعدم تقدير الذات، إلا أن ذلك يرجع ـــ إلى حد كبير ـــ إلى عدم توفير أساليب الرعاية المناسبة لهؤلاء الأطفال، ورغم انتشار بعض الخصائص السلبية ـــ أيضاً ـــ بين المراهقين المكفوفين مثل الاكتئاب والقلق والحزن، إلا أن ذلك ربما يرجع أساساً إلى حرمانهم من الخبرات الحسية

والاجتماعية المناسبة، وبالتالى فإن توفير أساليب الرعاية التربوية والاجتماعية للمكفوفين جنباً إلى جنب مع أقرانهم العاديين، وعدم عزلهم عن الحياة العادية. قد يساعد فى التخلص من مثل هذه المشكلات النفسية.(سوانسن وويلز Swanson & Willis ١٩٧٩).

ويبدو أن وضع المكفوفين فى مؤسسات داخلية طول الوقت يشعرهم بنبذ المجتمع لهم وبالتالى يشعرون بعدم الأمن، وعندما ينهار الشعور بالأمن ـ حينما وجد سواء كان مستندا إلى الخيال أم إلى الواقع ـ فإن ذلك يولد الشعور بالقلق، بالإضافة إلى ما تنطوى عليه الأحكام القبلية التى يعتنقها مجتمع المبصرين من انعدام قيمة الكفيف (صلاح مخيمر، ١٩٦١)، وجدير بالذكر أن سيطرة مثل هذه المشاعر على الكفيف تجعله ينطوى على نفسه ويزداد بعداً عن المجتمع، وهو لاشك يرجع ذلك فى قرارة نفسه إلى الإعاقة البصرية بالدرجة الأولى، مما يجعله يكون اتجاها سلبياً نحوها، ومن ثم يظهر عدم تقبله لها بل وقد يصل الأمر ببعض المكفوفين إلى رفض الإعاقة نفسها ومحاولة إثبات الوجود بشتى الطرق سواء كانت مشروعة أو غير مشروعة، بينما قد تتكون لدى البعض الآخر منهم مشاعر العداء والكراهية حيال المجتمع الذى عزله وأبعده عن تيار الحياة العادية فيه.

ومن المؤسف أن يحدث هذا فى الوقت الذى ندرك فيه جميعاً أن لدى المكفوفين من القدرات والإمكانات ما يؤهلهم للحياة فى المجتمع بصورة عادية، ويمكنهم من التعليم والوصول إلى أعلى الدرجات العلمية مثل أقرانهم العاديين، وهذا أمر طبيعى حيث نجد المكفوفين يلتحقون بالجامعات، ويواصلون تعليمهم إلى الدكتوراه، ويلتحقون بالعديد من الوظائف والمهن وقد يحرزون تفوقاً فى بعض المواقع على أقرانهم العاديين. والطبع لا يدرك هذه الحقيقة سوى العاملون معهم، وبالتالى نجد اتجاهات العاملين مع المكفوفين أكثر إيجابية نحوهم مقارنة إلى اتجاهات غيرهم من أفراد المجتمع (عبد العزيز الشخص، ١٩٨٦).

ومما تجدر الإشارة إليه أن من أهم أهداف التربية بصورة عامة تحقيق النمو المتكامل للفرد، وإعداده بحيث يصبح مواطنا نافعا لنفسه ولمجتمعه، وتسعى التربية إلى تحقيق هذه الأهداف من خلال المؤسسات التربوية المختلفة في المجتمع، بالإضافة إلى توفير فرص التدريب والتفاعل الاجتماعي المناسبة أمام التلاميذ، وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة للتلاميذ العاديين فهو ضرورة ملحة بالنسبة للمكفوفين منهم، حيث لا يمكن إعداد الكفيف ليصبح عضواً نافعاً لنفسه ولمجتمعه بمعزل عن المجتمع، بل يجب تدريبه وتعويده على الحياة مع أقرانه العاديين الذين سوف يتعامل معهم طول حياته، أما أن نعزله في مؤسسات داخلية لفترة كبيرة من حياته ـ حتى نهاية المرحلة الثانوية في معظم الأحيان ـ ثم نخرجه بعد ذلك ونطلب منه التعامل مع الآخرين بصورة عادية فهذا أمر يبدو مستحيل.

إن توفير أساليب الرعاية الاجتماعية والتربوية للمكفوفين في المؤسسات العادية أصبح ضرورة ملحة، حيث ينمى لديهم مشاعر الرضى والتقبل والحب والود تجاه أقرانهم واتجاه مجتمعهم، مما يساعد على تقبل أنفسهم رغم هذه الإعاقة، وهكذا أصبح دمج المعوقين في التعليم والمجتمع أمر ضروري لاعتبارات كثيرة منها ما يتعلق بالمعوقين أنفسهم وضرورة معاملتهم معاملة إنسانية تقتضي دمجهم في الحياة العادية وعدم عزلهم عنها، ومنها ما يتعلق بظروف المجتمعات نفسها وقدراتها على إعداد مؤسسات ومدارس خاصة تستوعب جميع المعوقين، مع استحالة توفير الرعاية الاجتماعية والتربوية والنفسية المناسبة لهم فيها (عبد العزيز الشخص ١٩٨٧، ص١٩١).

ثانياً : دراسات اهتمت بشخصية الكفيف وتوافقه :

حيث نجد دراسة مور Moore (١٩٨٤) عن العوامل المؤدية إلى النمو السليم للطفل الكفيف قد دلت نتائجها على أن الظروف المؤدية إلى النمو في حالة كف البصر لا تختلف عن تلك المؤدية إلى النمو السليم في حالة الإبصار. أما

دراسة عبد الظاهر الطيب (١٩٨٠) عن أن أثر الإقامة الداخلية على التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهقين المكفوفين فقد أشارت النتائج على أن المكفوفين المقيمين إقامة داخلية أكثر توافقاً من المقيمين إقامة خارجية. أما دراسة هيريك Herrik (١٩٦٨) قد أشارت إلى أن المكفوفين أكثر في سلوكهم الاعتمادي الحركي والانفعالي وذلك بمقارنتهم بالمبصرين. ويرى حامد زهوان (١٩٦٤) أن كف البصر يؤدي إلى سلوك تعويضي من المحتمل أن يكون مصحوباً بسوء التوافق، الانطواء، التمركز حول الذات، فالمكفوفين أكثر اضطراباً في توافقهم الشخصي وأكثر استعداداً للأمراض النفسية بارن Barran (١٩٧٣) فهم أكثر قلقاً واضطراباً بمقارنتهم بالمبصرين كرندل Crandell (١٩٧٧) برانفرود Branford (١٩٦٨) (سامية القطان ١٩٧٤) (عادل الأشول ١٩٨٤). أما هودجز Hodges (١٩٦٨) (وصلاح مخيمر ١٩٦١) فيشيران إلى أن التهديد بالخطر الجسمي أو التهديد بالفشل من العوامل الهامة لنزوع القلق عند الكفيف. هذا وإن كانت دراسة وينتون Winton (١٩٧٩) والتي اعتمدت في منهجها على المقابلات الشخصية مع ٨٠ من المكفوفين من الطلبة والعاملين قد جاءت بنتائج مخالفة حيث أشارت إلى أن المكفوفين يتمتعون بالاستقلالية والمثابرة في العمل وهم متفائلون وطموحون.

أما عن الدراسات التي تناولت الإنتاجية عند الكفيف وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية فقد دلت نتائج دراسة (سيد صبحي ١٩٧٨) على وجود علاقة ارتباطية بين كل من العلاقات الاجتماعية السوية والقدرة على الإنتاج. هذا كما كشف البحث عن بعض المشكلات التي يعاني منها الكفيف من أفراد العينة المستخدمة والتي تلعب دوراً هاماً في قدرته على الإنتاج مثل مشكلة توفير وجبة غذائية صحية ومشكلة وقت فراغ الكفيف. وفي دراسة أخرى للباحث (١٩٨٣) عن ابتكارية الكفيف في علاقتها ببعض المناشط الاجتماعية والثقافية والرياضية فقد أشارت النتائج أن المتفوقين في هذه المناشط يتميزون بدرجة أكبر من

القدرات العقلية اللازمة للابتكارية وذلك عن المكفوفين الذين لا يمارسـون مثـل هذه المناشط. ومن أهم النتائج التى توصلت إليها الدراسة الإكلينيكيـة فـى هـذا البحث أن إشباع الحاجات النفسية للكفيف كالحاجة إلى الأمن والرعاية، والحـب، والتقدير فى الخمس أو العشر سنوات الأولى فى جو أسرى متقبل خالى من القلـق والتوتر وما يصاحب ذلك من متابعة مستمرة للأسرة للتدريبات على هذه المناشـط فى المدرسة والتشجيع عليها كان لها دور هام فى تنمية القدرات الابتكارية لـدى الكفيف.

أما عن دراسة (قدرية الكيلانى ١٩٨٨) للقيم وعلاقتها بإنتاجية الكفيف فقد دلت نتائجها على وجود علاقة ذات دلالة بين كل من القيم الاقتصاديـة والإنتـاج وبين التشدد فى الخلق والدين وكمية الإنتاج. كما أشارت نتائج تحليل التباين إلـى وجود فروق فى النسق القيمى للجنسين.

فالقيم التى تتميز بها مجموعة المكفوفين هى :

قيمة الترويح، القيم الاقتصادية، القيمة الاجتماعية ثم القيمة النظريـة أمـا القيم التى تتميز بها مجموعات المكفوفات فهى :

قيمة المساعدة، القيمة الجمالية، والتشدد فى الخلق والدين.

فى دراسة (لصلاح مخيمر ١٩٦١) أوضحت النتائج أن شـعور الكفيـف بالعجز وانعدام الأمن يولد فيه القلق مما يؤدى إلى شعوره بفقدان أهميـة الـذات ومن ثم مشاعر الدونية.

كما أشار (عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ ١٩٦٦) فى دراسة قامـا بها، قارناً فيها بين محتويات القلق عند المكفوفين ومحتوياتها عنـد المبصريـن، وأوضحت نتائج الدراسة إلى أن المكفوفين يعانون من الصراعات والقلق وأنـهم أكثر ميلاً إلى استخدام الحيل الدفاعية من المبصرين.

وأجرى برادفورد (١٩٦٨) Bradfor. 1968 دراسة عن القلق لدى المكفوفين اتضح فيها أن الإناث منهم لديه نسبة عالية من القلق مقارنة بالذكور، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة أخرى أجرتها سامية القطان (١٩٧٤) وقد أوضحت أن القلق لدى المراهقات الكفيفات أعلى من القلق لدى المراهقات المبصرات.

كما يشير هودجز (١٩٦٩) (Heighan, 1971) أن هناك موافقة بين المكفوفين وكثير من العاملين معهم، بأن الشخص الكفيف ينظر إليه عادة على أنه عديم الحيلة ويعتمد على الآخرين وغالباً ما يوضع في مواقف اجتماعية أقل تقديراً.

وفي دراسة قام بها بارن (١٩٧٣) Barren, 1973 توصل فيها إلى أن المكفوفين أكثر اضطراباً في توافقهم الشخصي وأكثر استعداداً للأمراض النفسية.

ويشير لطفي بركات (١٩٧٨) إلى أن المعوق بصرياً تنتابه نتيجة للصراعات والمواقف التي يمر بها أنواع من القلق، فهو يخشى أن يرفض ممن حوله بسبب عجزه ويخشى أن يستهجن الناس سلوكه ويستنكرون أفعاله، وهو في خشية دائمة من أن يفقد حب الأشخاص الذين يعتمد أمنه على وجودهم واستمرار حبهم له، ويخشى كذلك أن تقع له حوادث لا يمكنه أن يتفادها لأنه معوق بصرياً. ويذكر أن موهلن قامت بدراسة أنواع المخاوف والقلق عند المكفوفين عن طريق إجراء مقابلات فردية معهم وتوصلت إلى أن المكفوفين يعانون جموداً في سلوكهم، مردة إلى عوامل انفعالية أكثر منها عضوية، كما وجدت أن غالبيتهم يخلقون لأنفسهم أنواعاً متباينة من الأوهام، كما أنهم يعانون شعوراً بالنقص نتيجة لعجزهم الذي يصاحب بحيل شعورية.

ويذكر بختار حمزة (١٩٧٩) أن الشخص الأعمى أكثر تعرضاً للإجهاد العصبي والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل وربما يسبب له التوتر وربما تؤثر في

صحته النفسية، كما أشار إلى أن الشخص الذى يولد أعمى أو يصاب بالعمى فى أوائل حياته يواجه ظروفاً بيئية يكون لها أكبر الأثر فى مستقبل حياته الذى يؤدى فى حالات كثيرة إلى ضعف الثقة بالنفس وعدم الشعور بالأمن والتبعية للغير، وأضاف بأنه توجد بعض البيانات التى تدل على أن ارتفاع نسبة المصابين بالعصاب بين المعوقين بصرياً أكثر من نظرائهم المبصرين وكلما كانت الإصابة أكبر كانت المظاهر النفسية أسوأ.

ومن الظواهر الغير عادية فى الشخصية التى تلاحظ كثيراً عند بعض المعوقين بصرياً كثرة التخيل وأحلام اليقظة (ماهر الهوارى، ١٩٨١).

ويشير (عادل الأشول وعبد العزيز الشخص ١٩٨٤) إلى أن القلق يتضح لدى المكفوفين من الأعراض الفسيولوجية والانفعالية، واضطراب علاقاتهم الاجتماعية وتشويه مفهوم الذات لديهم، والشعور بالدونية، واضطراب عمليات التفكير، وخوفهم من المستقبل المهنى والأسرى، وشعورهم بالارتباك بحيث يصعب عليهم أداء متطلبات الحياة اليومية بكفاءة.

وفى دراسة قام بها ماتسون وآخرون (Matson et. al., 1986) انتهى فيها إلى أن المعوقين بصرياً كانوا أكثر قلقاً من العاديين، وأن الإناث المعوقات بصرياً أكثر قلقاً من بقية المجموعات الأخرى فى الدراسة.

يشير (فاروق خليل ١٩٨٧) إلى أن العمى يعد من أكبر الإعاقات ضرراً وانعكاساً وتأثيراً على نفسية الفرد المصاب، وما يصاحب ذلك من فقدان لأساسيات الأمن النفسى، وأن الطفل الكفيف ينمو بنفس الطريقة التى ينمو بها أقرانه من الأطفال المبصرين، وله نفس المشاعر والأحاسيس والاستجابات نحو ما يتلقاه من حب وعطف وحنان من الوالدين والأسرة وجميع المحيطين به، كما أنه بحاجة إلى الأمن النفسى والشعور بالثقة والطمأنينة، هذا بالإضافة إلى أن لشعور الشخص المصاب بصرياً بالاختلاف عن الآخرين يولد فى أعماقه شيئاً

يربو ويزيد حتى يستقر فى نفسه، مولداً ألماً نفسياً واضطرابات يترتب عليها خصائص معينة فى تكوينه نفسياً، بالإضافة إلى المعاناة من مشاعر الغموض والبلبلة والقلق إذا أحس فى والديه علامات التردد وعدم اليقين.

وقد أظهرت نتائج دراسة (أميرة الديب ١٩٩٢) أن المراهقين المعوقين بصرياً ينظرون لأنفسهم بصورة أكثر سلبية بالعقارية بالمجموعة التجريبية المبصرة.

ويذكر (إبراهيم رحومة، وآخرون د.ت) بأن الكفيف فى خوف دائم من كل ما يحيط به ويسيطر عليه عامل الخوف، مما يؤدى إلى شعوره بعدم الأمن والاطمئنان لما حوله من أفراد وأدوات وأجهزة ونحو ذلك. ونظراً لأن الكفيف لا يرى شيئاً فإن ذلك يؤدى إلى عدم التكيف مع المجتمع الذى حوله ويكون سريع الانفعال لشعوره بالنقص.

وعموماً فإن المعوق يتعرض إلى آلام نفسية شديدة، خاصة إذا كانت الإصابة جسمية، ونتج عنها تشويه فى جسده، أو فقد لإحدى أطرافه، أو أى إعاقة ظاهرة مثل كف البصر، فهو يشعر بالضعف والخجل والارتباك كلما واجه أصدقائه أو زملائه، وربما يصاب بصدمات نفسية وعصبية عندما يجد نفسه عاجزاً عن كسب قوته، وقد أصبح فى حاجة إلى مساعدة الآخرين، فيصبح غير راض عن مصيره وحاله، وتنتابه الهواجس والهموم، فحاضره مؤلم، وغده مظلم، ويظل يقاسى من ذلك جميعاً لفترات طويلة يعانى خلالها آلاماً نفسية شديدة (إبراهيم المليجى، ١٩٨٨).

أجرى براون Brown (١٩٣٨) دراسة عن عينة قوامها (٢١٨) تلميذاً وتلميذة من المكفوفين و (٣٥٩) تلميذا من المبصرين بالمرحلة الثانوية، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٦، ٢٢ سنة ثم طبق عليهم اختبار يقيس سمة الانطواء ـــ الإنبساط، وقد أوضحت نتائج الدراسة انتشار سمة الانطواء بصورة

كبيرة بين مجموعة المكفوفين مقارنة إلى أقرانهم المبصرين، وأن الكفيفات أكثر انطواء من المكفوفين الذكور، كما أجرت سومرز Sommers (١٩٤٤) دراسة لأثر الاتجاهات الوالدية والبيئة الاجتماعية على سلوك الكفيف المراهق ونمو شخصيته، وقد أوضحت النتائج انخفاض مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي للمكفوفين بالنسبة إلى أقرانهم العاديين، وأن الكفيفات أكثر توافقاً من المكفوفين الذكور، وقد أرجعت الباحثة ذلك إلى أثر الاتجاهات الوالدية وما يتعرض له الكفيف من أساليب غير مناسبة في التنشئة الاجتماعية، وأجرى كاتسفورث Cutsforth (١٩٥٠) دراسة عن الشخصية والتوافق لدى المكفوفين، توصل منها إلى الإعاقة البصرية تجعل حياة الفرد شاقة، بيد أنه يؤكد على أن هذه الإعاقة ليست السبب الوحيد لما يتعرض له الكفيف من أوجه قصور جسمية أو اجتماعية أو اقتصادية أو اضطرابات في الشخصية، وإنما يعتمد ذلك إلى حد كبير على صلة الكفيف بالمجتمع وموقفه منه. ويتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة كاون Cown (١٩٦١) حيث اتضح انخفاض مستوى التوافق لدى المكفوفين بالنسبة إلى أقرانهم وأن البنين أكثر موافقا من البنات.

وقام (عبد السلام عبد الغفار ١٩٥٩) بدراسة قارن فيها بين محتويات الأوهام عند المكفوفين ومحتوياتها عند المبصرين، وأوضحت النتائج أن المكفوفين يعانون من الصراعات والقلق وأنهم أكثر ميلا إلى استخدام الحيل الدفاعية من المبصرين، كما أوضحت دراسة (صلاح مخيمر ١٩٦١) أن شعور الكفيف بالعجز وانعدام الأمن يولد لديه القلق مما يؤدي إلى شعوره بفقدان أهمية الذات ومن ثم مشاعر الدونية. يؤكد ذلك ما توصلت إليه دراسة (فتحي عبد الرحيم ١٩٦٩) من انخفاض مفهوم الذات لدى المكفوفين ـ عينة الدراسة بالمقارنة إلى أقرانهم المبصرين؛ بينما لم تؤيد ذلك دراسة فيولت فؤاد (١٩٨٦) حيث اتضح عدم وجود علاقة بين مفهوم الذات وجوانب التوافق الشخص والاجتماعي للمكفوفين موضع الدراسة.

وفى دراسة أجراها برادفورد Bradfor (١٩٦٨) عن القلق لدى المكفوفين اتضح تميز الإناث منهم بنسبة عالية من القلق مقارنة إلى الذكور، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة سامية (القطان ١٩٧٤) التى أوضحت ارتفاع مستوى القلق عند المراهقات الكفيفات عنه لدى المراهقات المبصرات.

ثانياً : الخصائص الحركية والحسية :

أما فى حالة الكفيف ولادياً فهو يعتمد على حاسة اللمس وحاسة السمع وحاسة الشم كدوافع للحركة واكتساب المعرفة بالعالم المحيط به حيث نجد أن حاسة السمع تغطى على بعض الدلالات عن مسافة الشئ واتجاهه بينما حاسة الشم قد تسمح للكفيف بمعرفة ما إذا كانت الشجرة مزهرة أم لا وما نوع هذه الشجرة إلا أن جميع هذه الدلالات السمعية فيها والشمية لا تعطى للشخص الكفيف أى أفكار عن شكل الشجرة أو حجمها أو تكوين أوراقها أو عن مظهرها العام فالمعرفة بالصفات المكانية للأشياء تكتسب فقط من خلال الملاحظات اللمسية التى تشترك فيها الإحساسات العضلية والجلدية كما أن المدركات اللمسية تعطى بعض الخبرات كخاصية السطح (الخشونة، النعومة، الاستواء، التعرج) أما عن الأشياء التى تخرج عن نطاق تناول المكفوفين كالشمس وحركتها والقمر وتغيره والأشياء الدقيقة الصغيرة الحجم والكبيرة الحجم تعتبر من الأشياء التى تخرج عن نطاق تناول المكفوفين لذلك فإن مثل هذه الخبرات تشرح لهم عن طريق استخدام متطابقات أو متشابهات مستمدة من المحاولات الحسية الأخرى (فتحى السيد عبد الرحيم وآخرون ١٩٨٠).

هذا وفى بعض الأحيان قد لا يكتشف الكفيف عناصر البيئة من حوله حتى من خلال حاسة اللمس كذلك قد لا يحرك جسمه فى نطاق المكان ومن ثم لا يحصل على عناصر من التغذية المرتدة خلال الإحساس الجلدى ـ العضلى فيما يتعلق بالأجسام وعلاقتها المكانية مما يجعل الكفيف يتجه إلى داخل ذاته بقصد

الحصول على الاستثارة المطلوبة. مثل هذا القصور والضعف المفروض على المكفوفين فى كثير من الأحيان.

يساعد على تكوين بعض اللزمات Mannerisms المعنية يطلق عليها لزمات البصر وتقترن هذه اللزمات السلوكية بأشكال سلوك الاستثارة كاهتزاز الجسم أو البعث فى العينين وما إلى ذلك ويبدو أن مثل هذه الأشكال من السلوك تتميز بالثبات وتكون خالية من أى معنى بالنسبة للآخرين الذين يلاحظونها إلا أن المكفوفين يتزودون من خلال مثل هذه الأفعال الحركية بمدخلات ذاتية خاصة عندما يشعرون بنوع من الفراغ فى نطاق قنواتهم الحسية ويرجع لونفيلد Lowenfeld (١٩٧٣) الأساس فى نمو هذه اللزمات إلى الشعور بالقلق والإحباط الذى يعانى منه الكفيف ويرى أن جوانب القصور والضعف الإضافية التى تفرض عليهم من شأنها أن تزيد من هذه اللزمات وأن تطيل أمدها ويعزو كلارك Clark (١٩٧٥) لزمات فقد البصر Blindisms إلى محاولات المعوقين بصريا لمسايرة التوترات الناتجة عن مواقف الإحباط والخوف وضعف الاستثارة والحرمان من النشاط الجسمى وعدم الشعور بالأمن. وبذلك وفى حدود المعرفة المعاصرة فإن مفهوم الذات يضع اعتبارا كبيرا للخبرات التى يدركها الكفيف من وجهة نظره هو، ومن العوامل المؤثرة فى بيئة الكفيف اتجاهات ومعتقدات مجتمع الأسوياء كما يدركها هو نفسه. وبما أن مفهوم الذات يتمايز من خلال المجال الإدراكى الكلى للفرد، كما أنه يتكون فى إطار الإدراك والإعاقة الجسمية. فالإدراك المعرفى لدى المعوق يختلف عنه عند الشخص العادى.

ثالثا : الخصائص المعرفية أو العقلية :

إن ذكاء الأعمى لا يقل عن ذكاء المبصر إن لم يتفوق عليه ويستشهد هذا الرأى ببعض مشاهير العباقرة العميان منذ أقدم العصور وعلى رأسهم لويس برايل مخترع طريقة القراءة والكتابة بالحروف البارزة ومن الشعراء العرب من

أمثال أبو العلاء المعرى وعميد الأدب العربى طه حسين ولكن يتفاوت المعوقين بصرياً من حيث قدراتهم الإدراكية تبعاً لدرجة الفقدان البصرى. فالمصابون بالعملى الكامل ولاديا أو قبل سن الخاصة لا يمكنهم الإحساس باللون وإدراكه وتميزه على عكس الذين أصيبوا بالعمى فى سن متأخرة والذين بإمكانهم الاحتفاظ ببعض قدراتهم اللونية التى سبق أن اكتسبوها. معتمدين على التجارب والخبرات التى مروا بها. أما عن النشاط التخيلى فيصعب على الكفيف استخدام عناصر بصرية حيث أن عملية التخيل البصرى تنطوى على عمليتين.

أولاً: استرجاع صور بصرية حاسية سبق إدراكها واختزانها فى الذاكرة.

ثانياً: إعادة إنتاج هذه الصور باستخدام صور أو كونيات جديدة وحيث أن ذاكرة الأعمى خالية من الصور والمدركات فإنه لا يمكن استرجاعها وإعادة تكوينها أو تركيبها.

رابعاً: الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

تعددت الدراسات التى أجريت على المكفوفين حيث شملت تأثير الإعاقة البصرية على شخصيتهم. ومدى انتشار بعض الخصائص السلبية بينهم مثل القلق والعدوان، والانطواء بالإضافة إلى انخفاض مستوى التوافق الشخصى والاجتماعى للمكفوفين بالنسبة إلى أقرانهم العاديين كما شملت بعض الدراسات اتجاه الأفراد العاديين نحو أقرانهم المكفوفين ورغم أن قليل من الدراسات ركزت على أسلوب رعاية المكفوفين إلا أن ذلك يشمل فقط تأثير الرعاية الداخلية على التوافق الشخصى والاجتماعى لهم.

كما أوضحت البحوث والدراسات النفسية أن الإنسان عندما يصاب بإعاقة معينة ينتابه شعور بالنقص نتيجة افتقار أو قصور جزء من التركيب الفسيولوجى ونتيجة لهذه المشاعر النفسية المتولدة عن الإصابة بهذه الإعاقة تحدث عملية تغيير فى السلوك (محمد فهمى، ١٩٥٥).

وذكر (نعيم الرفاعي ١٩٨٧) بأن مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين أمر يسبب القلق النفسي للفرد، لذا يلاحظ أنه من الصعوبة الفصل بين نواحي القصور الجسمي والشعور النفسي، لأن الارتباط بينهما وثيق وتأثيره على جانب الأعصبة أو الجوانب النفسية كبير ويتميز العصابي بوجه عام بأنه شخص متوتر غير سعيد، وهو لا يعرف أسباب مشكلته، وغير فعال في عمله، ولكنه قادر على أن يقوم بمسئوليات حياته اليومية، هو ليس بخطر على نفسه ولا على من حوله، وإذا فهو ليس بحاجة لوضعه في المستشفى (محمد عثمان نجاتي ١٩٨٣).

ويعتبر القلق من الموضوعات الهامة في الدراسات النفسية، لأنه لا يزال يعتبر المشكلة الرئيسية في العصاب لدى كثير من النظريات (كولمان، وأخرون، ١٩٨٤) (Coleman et. al., 1984) كما يرى والتركوفيل، وآخرون (١٩٨٦) أن القلق هو السمة الشائعة في العصاب، والقلق من الأمور التي نلاحظ عند الأشخاص في مناسبات مختلفة، فيلاحظ عند التاجر والأب والطالب .. وهكذا، لذا أصبح الاهتمام به يزداد في ميادين الحياة العامة وميادين الدراسات النفسية، والاهتمام به لا يقف عند حدوده من حيث هو ظاهرة نفسية، بل يتعدى ذلك إلى مكانته في عدد من أشكال الاضطراب النفسي (نجم الزفاعي، ١٩٨٧).

وتعرف (سهير أحمد، ١٩٩٣) القلق بأنه (خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، وينشأ القلق شأنه سائر الانفعالات عن منبه يكون بمثابة نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة ويؤدى إلى سلوك إعادة التوازن).

- كما يذكر (مصطفى فهمي ١٩٨٥) موضحاً القلق بأنه عبارة عن مشاعر وأحاسيس غريبة ومؤلمة تنتج عن سوء تكيف وعدم انسجام وتوافق، وتطرأ هذه المشاعر على المرء حين لا يستطيع التوفيق بين دوافعه وحاجته الأساسية من جهة وبين الواقع الذى يعيشه من جهة أخرى.

ويرى سلتر (١٩٨٠) Slater, 1980 أن القلق والضغوط النفسية تتطلب التعرف على بعض الوسائل والطرق النفسية والاجتماعية للتوافق والتعايش معه، حتى لا يتسبب ذلك فى مضاعفات أخرى، تزيد من الإشكاليات النفسية ويتطلب مزيداً من الوقت للتعرف على المسببات، والتعرف على وقت حدوث تلك الضغوط.

هذا ويشير بعض نتائج البحوث والدراسات إلى أن الإناث أكثر قلقاً من الذكور. ففى دراسة قام بها هاتسون وآخرون (١٩٨٦) (Mataon et. al., 1986) انتهى فيها إلى أن المعوقين بصرياً كانوا أكثر قلقاً من العاديين. وإن الإناث المعوقات بصرياً أكثر قلقاً من بقية المجموعات الأخرى فى الدراسة كما أجرى برادفورد (١٩٦٨) (Bradford, 1968) دراسة عن القلق لدى المكفوفين اتضح منها أن الإناث لديهم نسبة عالية من القلق مقارنة بالذكور، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة أجرتها (سامية القطان ١٩٧٤) التى أوضحت نتائج دراستها إلى أن القلق لدى المراهقات الكفيفات أعلى من القلق لدى المراهقات المبصرات.

ويذكر (عادل الأشول، وعبد العزيز الشخص ١٩٨٤) أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين القلق المرتفع وبعض السمات التى تدل على سوء التوافق.

ويمكن تفسير هذا فى ضوء الظروف التاريخية والاجتماعية التى تجعل سمات وصفات شخصية المواد تختلف عن الذكور، فهى انعكاساً لما تعيشه من ظروف اجتماعية وتطبيع اجتماعى وما تقع تحته من ضغوط وظروف محيطة بخلاف الذكور الذين لديهم فرص كبيرة لممارسة أنواعاً من النشاطات والتسلية، وهذا بدوره يخفض درجة القلق.

والخوف (الرهاب) وهى حالات المخاوف والأوهام القهرية التى لا تستند إلى أسباب منطقية وتبرير سليم لوجودها (محمد شرف، ١٩٩٠). كما أن الخوف

من أكثر العوارض المصاحبة للأمراض العصبية، وهو أيضاً إشارة صراع للأمراض العصبية المتسلطة، وغالباً يكون الخوف بزمان أو بمكان أو بشئ ما، ولهذا تسمى المخاوف المرتبطة بالخوافات (Phobia) وهذه المخاوف تبقى موجودة ولو بشكل منعزل لسنوات (عماد عبد الرازق، ١٩٨٧) ومع هذا فإن الخوف فى وضعه العادى، ولكن إذا تجاوز حداً معيناً بحيث تبدو الحياة عند الفرد مهددة بالخطر، فإنه يجب النظر إلى صاحبه نظرة فاحصة دقيقة، فبعض الأفراد مثلا يخافون من أشياء تبدو للكثيرين بأنها مضحكة.

والخوف بهذا هو عبء غير عادى على الجهاز العصبى، لأنه يقلل من قوة هذا الجهاز، حتى يؤدى فى النهاية إلى الطبع العصابى أو العصابية وبالتالى يحدث الانهيار العصبى، فهو مستعد من العصاب النفسى ولا يخضع العقل، بل إنه يستحوذ على النفس ولا يتسنى السيطرة عليه (أميل بيدس، ١٩٨٧).

إضافة إلى أن مصدر الخوف الحقيقى يكبت عادة لأنه يتعلق بكره غير ظاهر أو برغبة مخيفة والخوف المرضى الذى يعيشه الفرد يخفى أو ينطوى على دافع ورغبة لا تطاق عند عرضها على الشعور العقلى، إذا يحتاج الأمر إلى وقت طويل حتى تفهم (عماد عبد الرازق، ١٩٨٧).

والوسواس مرض نفسى يتميز بوجود أفكار أو اندفاعات أو دوافع حركية متكررة وخاطئة مثل غسل اليدين مئات المرات، والخوف من الميكروبات .. الخ (أحمد عكاشة، ١٩٨٠).

ويلعب مرض الوسواس دوراً خطيراً، فقد يقوم المريض بالوسواس بعدة طقوس حركية أو لفظية لكى يتمكن من القيام بنشاط بسيطة، وعندما يجلس للعمل فهو سرحان دائماً فى هذه الوساوس والوسواس القهرى حالات عصبية تصيب الفرد، وتأتى على شكل أفكار تسلطية، يشعر المريض بها أنه مدفوع وتحت تأثير ضغط للتفكير بها بالرغم من عمله وإدراكه بأنها أفكاراً سخيفة وتافهة وغير

مقبولة اجتماعياً، ولا ترابط بينها وبين الواقع والمنطق ولكنه يقوم بها قسراً ويكررها مراراً كثيرة مما يربك حياته العملية الطبيعية التى كان يتمتع بها قبل المرض ولهذا سمى بعصاب الوسواس القهرى (محمد شرف، ١٩٩٠).

ويشعر الفرد بانعدام قيمته الاجتماعية أو بعدم كفاءته مع شعوره بالنقص، فيحاول الهرب من مسئوليات الحياة أو يحاول تجنب الظروف التى تحيط به والهروب من الواقع الذى عجز عن السيطرة عليه كما يشعر بعدم الأمن والاستقرار النفسى والوقوع تحت تأثير القلق النفسى المرضى وقد عرفت موسوعة علم النفسى والتحليل النفسى (عبد المنعم حفنى، ١٩٧٨) الوسواس أو توهم المرض بأنه (الاعتقاد الراسخ بالإصابة بمرض جسمى رغم عدم وجود دليل على ذلك، وهو كعرض يظهر فى كثير من الأمراض النفسية كالاكتئاب النفسى والفصام وأحياناً يكون حالة هستيرية، ولكنه يوجد أحياناً كمرض مستقل.

ويذكر (فائز الحاج ١٩٨٧) أن الوسواس، يدخل فيها توهم المرض وهو نوع من الوساوس التى تتركز فقط على الصحة الجسدية وانحرافاتها، وتوهم المرض ينتشر بشكل كبير بين أوساط الإناث أكثر من الذكور.

ويضيف (محمد شرف ١٩٩٠) إلى أن ظهور مثل هذه الحالات (الوسواس) تكون قبل سن الخامسة والعشرين وبنسبة أقل بعد الخامسة والثلاثين، ومتوسط المدة التى يقضيها المريض متأثراً بأعراضها قبل اللجوء للعلاج قد تصل إلى سبع سنوات.

والأمراض السيكوسوماتية هى عبارة عن اضطرابات عضوية فى الأحشاء التى يغذيها الجهاز العصبى اللاإرادى مثل الأثنى عشر، مما يجعل المريض يعانى من المرض أو الاكتئاب، ويعلب العامل الانفعالى دوراً هاماً فيها وذلك من خلال تأثر عمل الجهاز العصبى اللاإرادى على بقية الأعضاء (رشاد موسى، ١٩٩٤).

وتختلف الأعراض السيكوسوماتية عن الأعراض التحويلية الهستيرية وعن العصابية التحويلية، أعراض التحويلية الهستيرية عبارة عن تحـول القلـق إلـى أعراض وعلامات تشمل الجهاز الحركي وتحمل معنى رمزى فى حيـاة الفـرد اللاشعورية. أما العصابية التحويلية فتشمل الأجهزة الحركية الجسـمية الإراديـة وتهدئ من القلق والاكتئاب وذلك بتحويله إلى حلول رمزيـة للصـراع النفسـي (أحمد عكاشة، ١٩٨٠).

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً فى هذا العصـر وهـو حالة يشعر فيها المريض وبالحزن والغم وتنتج عن الظروف الأليمة ويعبر عـن شئ مفقود (حامد زهران، ١٩٧٨).

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً فى هذا العصـر وهـو حالة يشعر فيها المريض بالحزن والغم وينتج عن الظروف النفسية ويعـبر عـن شئ مفقود (حامد زهران، ١٩٧٨) وهو حالة انفعالية من الخوف الشديد والمستمر وتبدو الكآبة نتيجة ذلك واضحة على سمات الوجه ويلاحظ أن المريـض قـد لا يعى المصدر الحقيقى لحزنه، وربما يخيل إليه بأنه مصاب بأمراض فتاكـة، وأن لا أمل فى شفائه منها، بل قد ينتهى التفكير بالبعض أن يبتر بعض أعضاء جسـمه وربما يصل به الأمر إلى الانتحار (أحمد عبد العزيز سلامة ١٩٧٩).

ويختلف عصاب الاكتئاب عن بقية الاضطرابـات العصابيـات الأخـرى كالهستريا والوسواس. وغيرها ففى هذه الاضطرابات يتخلص الناس مما بهم مـن صراعات نفسية داخلية بإسقاطها على الأشياء الخارجية أو بتحويل القلق مثلاً إلى أعراض بدنية أو طرق أخرى، ولكن ما يحدث فى حالة العصاب الاكتئابى بعكس ذلك، فالمصاب فى شعوره بالذنب العجز (فائز الحاج، ١٩٨٧)، والاكتئاب عـادة هو اسم للاحساس بالضياع، فقد يحدث كاستجابة عادية لازمة شـخصية كوفـاة عزيز، ولكن سرعان ما يعود الإنسان إلى تكيفه فى حيلته، أما إذا كان الإكتئـاب

يعكس ذلك فهو يعكس شكلاً مرضياً مثلاً كأن يستمر الحزن عنده لفترة طويلة أو حزن كبير لأمر بسيط (سعد جلال، ١٩٦٨)، ويعزى بعض الباحثين والدارسين الاكتئاب إلى عوامل وراثية والبعض الآخر يرجعه إلى عوامل الخفيفة خارج المستشفيات إن كانت الحالة لا تسبب خطورة للفرد نفسه ولا من حوله. وفي حالات أخرى يتم العلاج عن طريق العلاج الطبي بالعقاقير تحت إشراف الأطباء النفسيين مع المراجعة باستمرار واتباع نصائح الطبيب (حامد زهران، ١٩٧٨).

والهستريا من الأمراض النفسية العصابية، يظهر على شكل أعراض فسيولوجية عضوية منشأها نفسي وبلا أسباب عضوية، قد يظهر على شكل اضطراب نفسي غير إرادي في وظائف الحس أو الحركة، تمتاز بصراع أو بدوافع لا شعورية وتظهر في صورة أعراض مختلفة مثلاً العمى أو الصم أو الشلل ومريض الهستريا لا يعلم السبب المباشر لظهور مرضه، ويقبل على العلاج كأي مريض آخر (فائز الحاج ١٩٨٧) وتتميز الشخصية الهسترية بعدم النضج الانفعالي وقابليتها الشديدة للإيحاء، والأنانية وحب الظهور. وتظهر مثل هذه الشخصية أثر تفاعل العوامل الوراثية والبيئية أو كحصيلة للتخلف أو الفشل في عملية النضج الانفعالي (محمد شرف، ١٩٩٠).

حاجات الطفل المعاق بصرياً

لا يستطيع الطفل الكفيف التعليم بالطرق البصرية التي يتعمد علينا في مدارس الأطفال المبصرين، فالطفل الكفيف يتعلم القراءة والكتابة بطريقة "برايل" ولكي يكتسب المعلومات عن المواد الدارسية يجب أن يتدرب على استخدام الحواس المتبقية بمهارة، لكن تعوض غياب البصر، وأن يكتسب المعلومات عن المواد الدراسية يجب أن يتدرب على استخدام الحواس المتبقية بعبارة، لكي تعوض غياب البصر، وأن يكتسب الثقة والحرية في الحركة والمشاركة في الألعاب والأنشطة الاجتماعية مع زملائه، كشريك لهم ويتم ذلك في بيئة يتيسر

فيها الأنشطة، وتقل فيها المخاطر، ويتحقق ذلك فى مدرسة تصمم وتعد للطفل - الكفيف وتزود بالأدوات والمدرسين الأكفاء.

وجميع مدارس المكفوفين تخضع للنظام الداخلى لأسباب جوهرية، فالعدد الكلى للأطفال المكفوفين قليل نسبياً، ومن غير الممكن إنشاء مدرسة خاصة خارجية لانتقال المكفوفين من المدرسة وإليها يوميا بل سفر بعضهم أحياناً.

ويحتاج الكفيف إلى تربية ليس فقط فى المواد المدرسية والتقنية، ولكن أيضاً فى الأساليب الخاصة بالحياة، ومن الممكن الوصول إلى أفضل تعلم فى ذلك إذا قضى وقتا خارج الفصول الدراسة فى مكان يسهم كل شئ فيه فى تحقيق هذا الهدف (Chapman 1978).

وأن التلاميذ المكفوفين الذين التحقوا لأول مرة بالمدرسة وهم محدودا الخبرات وغير ملمين بكثير من المهارات الأساسية المرتبطة بتدريب الحواس المتبقية كالسمع، واللمس، والتذوق، والشم أيضاً إلى جانب المفاهيم الأساسية المرتبطة بالقيم والاتجاهات ـ فقد تبين أنهم غير قادرين على قضاء حاجاتهم الأساسية اليومية واتضح أن ذلك لا يرجع إلى كف البصر ولكن لأسلوب التربية بالمنزل ـ وذلك ما أشار به المدرسون والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون ونظار المدارس (سميرة أبو زيد).

وبالتالى يتطلب الأمر وجود بيئة تربوية ذات إمكانات بشرية ومادية ملائمة تفى باحتياجاتهم :

حاجات الطفل الكفيف

أولاً : حاجات اجتماعية :

١- يحتاج هذا الطفل لأن يكون محبوساً من الأهل والزملاء والمدرسين، ويحتاج أيضاً إلى الشعور بالانتماء من خلال ممارسة بعض الأنشطة الفنية والاجتماعية والرياضية وأن يكون فرداً فى الجماعة من خلال اللعب سواء فى المنزل أو المدرسة أو خارجها.

٢- يحتاج نموه الجسمى والنفسى إلى فهمه لنفسه (هل يشعر بالرثـــاء ؟ ـ هـل يحب نفسه ؟ هل يظن أن الآخرين مثله ؟ ـ كيف يتعـــرف علـــى قدراتـه وإمكاناته ؟ ومن الضرورى أن يشعر الطفل الكفيــف بالرضــا عـن نفسـه وبالتالى يشعر بالرضا عن الآخرين، وما رد فعل الآخرين تجاهه ؟ أنهم مرآة تعكس من خلال الانفعال ودرجات الصوت أحاسيسهم نحوه.

٣- يحتاج لممارسة الحوار معه عما يفعل والتحدث معه كثيراً والاســتماع إليـه وسؤاله عما يفعله وما تفعله أنت، والقراءة له وتسمية الألعاب والأشياء التـى فى متناول يديه ووصفها له ويراعى ألا يستجاب لكل رغباته.

ثانياً : حاجات معرفية :

١- يحتاج لاكتساب المعرفة وإدراك العناصر الموجودة بالبيئة والحصول علــى خبرات متعددة من خلال الرحلات أو التنزه فى الخلاء واســتخدام حواسـه المتبقية وهى اللمس والسمع والشم والتذوق.

ثالثاً : حاجات حسية :

١- وفيها يتعلم من خلال اللمس معانى جديدة، ويحتاج لفهم أعمق حينمــا ينمـى حاسة اللمس، ويتعلم كيف يتذوق بعمق أكثر الخشــونة والنعومــة والـبرودة والبلولة وأحجام وأشكال (Callagher 1983).

٢- يحتاج إلى التعرف على الاختــلاف فــى الأصــوات المنوعــة، ودلالتـها، والاختلاف فى تنوع أصوات الأماكن، والأصوات الداخلية والخارجية، ومدى الصوت ونعومته ويستمتع بالمعانى الجديدة من خلال السمع (ايقاع الموسيقى، خفيف المطر ـ ثرثرة الأصدقاء ضوضاء المدينة ـ دومان السيارات قعقعة العربات ـ صفير الريف بالليل ـ قرقرة الجداول).

٣- يحتاج إلى أن يميز بين الروائح ويصفها، ويربطها بأصناف محسوسة والتى تثير إلى دلالات معينة وتحذره من وجود خطر مثل تسرب الغاز أو الدخان.

يحتاج الكفيف لأنواع الأطعمة المختلفة يجعل الطعام له معنى وتزايد فهمه يساعده على تعلم التمييز بين خصائص الأطعمة المختلفة.

رابعاً : حاجات نفسية :

١- يحتاج إلى الإحساس بالثقة والأمان والتخلص من المخاوف فالطفل الكفيف يخاف من الأصوات العالية والأماكن المرتفعة والأشياء غير المعروفة لديه والحيوانات الغريبة.

٢- يحتاج إلى المساعدة لمعرفة ما حوله من أشياء ووضعها بانتظام فى أماكنها حتى يمكن العثور عليها بسهولة وإعداد الأماكن التى يعيش فيها لسلامة تحركاته حول بعض النماذج الممثلة لما هو موجود فى البيئة كالحجرة والمركز التجارى.. الخ. الأنشطة الابتكارية طريقة ممتازة لنمو المهارات فالثقة والاعتماد على النفس يمكن تنميتها من خلال هذه الأنشطة كالموسيقى والأشغال الفنية والحفر والنحت حتى تكسبه السرور والتذوق ونمو المعلومات.

خامساً : حاجات شخصية :

١- بالنسبة للعادات فهو يحتاج لأن يدرك أن هناك من يراه وأن يتعلم أن يكون مقبولاً ومنظماً ونظيفاً، وأن يعرف كيف يختار ملابسه بواسطة الوسائل المعينة لاستخدام علامات بارزة للإسترشاد بها.

٢- يحتاج إلى تعلم العادات المقبولة كالأكل بطريقة مهذبة واستخدام أدوات المائدة الأسنان واستخدام "التواليت" بانتظام والتعرف على أدوات الحمام وإمساكها وكيفية استخدامها.

العوامل المؤثرة فى شخصية المعوق بصرياً

١- كيفية حدوث الإعاقة (العمى) :

يحدث العمى إما بشكل فجائى أو تدريجى وببطء فالعمى المفاجئ يحدث كصدمة ويشعر الطفل بخوف وأوهام كثيرة ينتج عنها الانطواء والتبلد الانفعالى الشديد وتنتابه أفكار نحو الانتحار نتيجة شعوره الشديد باليأس. أما العمى التدريجى : فيشعر الطفل بعدم الاستقرار أو الأمان ويتعلق بالأقل والحياة ويبدأ فى التكيف ويحصل تدريجياً على الثقة بالنفس.

٢- حالة العين ومنظرها :

فإحساس الطفل بتغير حالة العين يسبب له حالة من القلق وعدم الراحة والتوتر أما فى حالات استئصال العين فإن هذا الحدث يقضى على كل أمل عند الطفل فى استعاده نظره.

٣- توقيت حدوث الإعاقة (السن عند حدوث العمى)

إذا حدثت الإصابة بين سن الخامسة أو السابعة من العمر فإن الطفل الذى يصاب فى هذا العمر يتساوى مع الطفل فاقد البصر بالولادة. حيث تتلاشى الصور والمعلومات البصرية عن ذهنه وذاكرته بمرور الأيام وبذلك يعتمد على تجاربه وخبراته التى يكتسبها عن طريق الحواس الأخرى فى فهم العالم المحيط به. وعلى العكس من ذلك عندما تحدث الإصابة جزئية بعد سن الخامسة أو السابعة حيث يستطيع الطفل استرجاع الصور والمعلومات البصرية التى اكتسبها من تخيليه ومن ذاكرته والاستفادة منها فى تكوين المفاهيم وفى تعليمهم وتدريبهم.

٤- درجة الإعاقة البصرية :

تؤثر درجة الإعاقة البصرية فى كثير من نشاطات الفرد كالقدرة على الحركة والتنقل والقيام بالنشاطات اليومية ومدى اعتماده على نفسه وإنجازه لمهام

العمل والمشاركة الإيجابية فى كثير من المواقف والنشاطات الاجتماعية والتعليمية والمهنية. حيث لا يستوى الأعمى الذى لا يرى كلية ومع من لديه بقية من الإبصار حيث أن الفقدان البصرى كلية أم جزئياً له تأثير على الخصائص المختلفة للطفل.

طرق قياس القدرة البصرية :

تتعدد طرق القياس لتحديد درجة الإبصار ووصف النظارة الطبية اللازمة وإجراء التدريبات التصحيحية والبصرية ومن أمثلتها :

١- لوحة سنيلين Cenellen Charts :

وهى تتكون من مصفوفة من الحروف الهجائية متدرجة فى الحجم من الحجم الكبير فى قمة القائمة إلى الحجم الصغير فى نهاية القائمة. وكل حجم يطابق حدة إبصار من مسافة معينة.

ومنها نوعين الأول على شكل حروف يستخدم للأطفال القادرين على القراءة والثانى فى صورة أشكال ويستخدم مع الأطفال الذين لا يستطيعون القراءة.

٢- مقياس (باراجا) للكفاءة البصرية :

ويصلح هذا المقياس لتقدير الكفاءة البصرية وعن طريقه يمكن تحديد مستوى الأداء الوظيفى البصرى لدى كل طفل لديه قدر من الإبصار. ويتضمن هذا المقياس على عدد من المثيرات البصرية مثل بعض الأشكال الهندسية مختلفة الحجم ودرجة التعقيد ولكل منها عدد من البدائل وعلى الطفل أن يحدد من بينها الشكل المطابق للمثير الأصلى وهذه الاختبارات تتشابه مع اختبارات عمى الألوان.

٣- جهاز كستون للمسح البصرى :

وهو جهاز للكشف عن المشكلات البصرية مثل طول النظر أو الحـول، أو اللابؤرية (الاستجماتزم) وقياسها كما يقيس ما هو معروف بنسبة عـدم التـوازن الرأسى والجانبى، وخلط النقط البعيدة والقريبة والمستويات الثابتة ويعد أول جهاز صمم لقياس تآذر العينين تحت ظروف مشابهة لما يحدث أثنـاء عمليـة القـراءة (مصطفى فهمى ١٩٨٠) ويعد هذا الجهاز من الأدوات المفيدة فى عادات القـراءة العلاجية ووسيلة مناسبة لانتقاء الأطفال والتلاميذ الذيـن يريـدون مزيـداً مـن الفحص.

الفصل الثالث
الرعاية التربوية والتعليم للمعوقين بصرياً

أولاً : تعليم المهارات خارج المنهج الدراسى.

ثانياً : طرق ووسائل تعليم المعوقين بصرياً.

- المشكلات النفسية للأطفال المكفوفين.
- إرشادات الأخصائى الذى يتعامل مع شخص أعمى.
- أسر المعوقين وحاجاتهم.
- قنوات الاتصال مع أولياء أمور المعوقين.

الفصـــل الثالث

الرعاية التربية والتعليم للمعوقين بصرياً

أولاً : تعليم المهارات خارج المنهج الدراسي :

١- تدريب الحواس :

يتمثل التدريب الحسى فى تدريب الحواس المتبقية للطفل، فالطفل المعـــوق بصرياً لا تقوى لديه تلقائيا حاسة اللمس أو السمع أو الشم أو الذوق بـــل ينبغـــى تدريبه على استخدام هذا الحواس على أحسن وجه ممكـــن، ويســـتخدم التدريـــب الحسى لتنمية الحواس التالية :

١- السمع.
٢- اللمس.
٣- الشم والتذوق.
٤- البصر المتبقى.

أولاً : تنمية حاسة السمع :

تتسم حاسة السمع بأهمية اللغة بالنسبة للطفل المعوق بصرياً فهو يجمـــع معلومات كثيرة بالإنصات، كما تسمح له حاسة السمع بمتابعة الأنشطة الصيفيـــة والحصول على معلومات من شرح المعلم ومن المناقشات التى تدور داخل غرفـــة الصف، كما أن الإنصات أمر أساسى لتنمية مهارات حسن التوجه والتحرك فـــلا يكفى أن يكون الطفل قادراً على سماع ومتابعة ما يقال. بل ينبغى أن يكون قـــادراً أيضاً على إدراك ما يقال وعلى التقاط أهم الأفكار مع إغفال الأصوات الدخيلـــة وعلى التعرف على الأنشطة من أصواتها وأن يستطيع تحديد موقع الشـــخص أو الشئ من الصوت الصادر عنه وينبغى البدء فى تنمية هذه المهارات فـــى أبكـــر مرحلة ممكنة إذ ينبغى أن يبدأ التدريب ولا يزال الطفل رضيعـــاً بحيـــث يكـــون الطفل قادراً على :

١- أن يكون على وعى بوجود الأصوات.

٢- أن يتعرف على الأصوات المختلفة.

٣- أن ينتقى صوتاً معيناً من بين عدة أصوات مختلفة.

٤- أن يحدد مصدر الأصوات.

٥- أن يتابع اتجاه الصوت.

وعلى سبيل المثال : (ارم كرة وأطلب من الطفل أن يحسب عدد المرات التى يسمع فيها الكرة تمس الأرض فيساعد ذلك على انتقاء الأصوات وتحديد مواقع صدورها أو قف بجانب الطريق وأطلب من الطفل أن يحدد وسائل النقل المارة فى الطريق وينتظر من الطفل أن يكون قادراً على تحديد المصدر المسبب للصوت سواء كان صوت (سيارة ـ دراجة ـ شاحنة ـ أتوبيس .. الخ) واتجاه سيره.

ثانياً : تنمية حاسة اللمس :

إن حاسة اللمس هى سبيل الطفل المعوق بصرياً إلى تحصيل معلومات واقعية ودقيقة عن العالم الذى يحيط به فيتحسس الأشياء ويتعرف عليها باللمس مثل أشكالها وأحجامها وأوزانها وصلابتها وخواصها السطحية ودرجة حرارتها. فإذا سمع الطفل وصفا للكلب أو القط يلمس أو يتحسس كلباً أو قطاً فلن يستطيع أن يكون فكرة دقيقة عن شكل الكلب أو القط إلا عن طريق اللمس حيث تتكون لديه فكرة أكثر واقعية وعن طريق اللمس يعرف مكان وجود الرأس أو الزيل وملمس الفراء والحجم والشكل وكلما زاد عدد القطط والكلاب التى يلمسها ويتحسسها يكون لديه صورة لادق للأنواع والأجناس المختلفة للقطة أو الكلب وهكذا يحدث لجميع الأشياء من حيث أوجه الشبه أو الاختلاف ولذلك ينبغى للطفل هو لا يزال رضيعاً أن يبدأ استكشاف العالم المحيط به بطريق اللمس

ويتعين على الأبوين أن يشجعا الطفل على تحسس مختلف الأشياء فـــى المـــنزل وهذا الاستكشاف المبكر باللمس يزود الطفل بمعلومات مجددة عن عالمه ويعتـــبر أيضا أول خطوة لتعلم الطفل كيفية استخدام يديه واستكشـــاف الأشـــياء بـــاللمس، وزيادة حركة الأصابع وإدراك مفاهيم أساسية كالحجم والوزن والأطفال الذين لـــم يشجعوا على استخدام أيديهم يجدوا صعوبة فى :

١- القبض على الأشياء ومسكها.

٢- نقل الأشياء من يد إلى أخرى.

٣- كيفية تحسس الأشياء من جميع جوانبها واستكشافها.

٤- مهارة تركيب القطع أو الأشكال في الفراغات المخصصة لها.

وتدريب الطفل على أن يتعلم التنسيق بين حركـــات اليديـــن وحركـــات الأصابع وتمييز الأشياء باللمس والتحكم فى العضلات وخاصة عضلات الأصابع كل هذا يساعد الطفل على تعلم قراءة البرايل ومن الأنشطة التى تساعد على تنمية ذلك مثل :

١- فتح الأقفال وإغلاقها بالمفاتيح.

٢- عقد وربط الحذاء.

٣- فتح غطاء الزجاجات البلاستيك وإغلاقها.

٤- صنع السلال أو أشكال الخوص من سعف النخل.

٥- ملئ فناجين بالماء والرمل.

٦- دق مسامير فى لوحة أو حياكة بساط.

٧- برى الأقلام فى مبراه.

٨- استخدام المقص والصمغ للقص واللصق.

٩- تقشير الخضروات.

١٠- لصق خيوط أو ودع أو ورق مقوى وعمل أشكال فنية بسيطة.

١١- عمل لوحات بعيدان الكبريت أو عيدان المكرونة بأطوال معينة أو البوص الملون أو البذور أو الخرز وغير ذلك.

ويمكن تنفيذ هذه الأنشطة إما فى المنزل أو المدرسة، حيث تستخدم خامات بسيطة يسهل الحصول عليها وهى تساعد على تنمية حاسة اللمس وتستخدم كأنشطة فنية وحرفية وبإتقانها يمكن أن يكسب الطفل عنها عيشة فيما بعد.

ثالثاً : تنمية حاسة الشم والتذوق :

وهذان الحاستان أقل استخداماً بالنسبة للطفل المعوق بصرياً عن حاستى السمع واللمس. ولكنهما يزودان الطفل بمعلومات مفيدة عما يحيط به. فحاسة الشم تساعد الطفل على حفظ اتجاهه أثناء التنقل وحاسة التذوق تساعد كثيراً وخاصة فى أعمال الطهو والتعرف على الأطعمة المختلفة وعند تنمية حاسة الشم فإننا ننمى قدرة الطفل على :

١- إدراك الروائح.

٢- التعرف على الروائح المختلفة وتمييزها.

٣- التعرف على مصدر الرائحة.

وعند تنمية حاسة التذوق عند الطفل فإننا ننمى :

١- إدراك الطفل للطعم سواء كان حامض أو حلو أو حريف أو مالح أو فاسد .. الخ.

٢- التعرف على طعم الأغذية المختلفة.

ويمكن تدريب الطفل على ذلك فى مطعم المدرسة أو المنزل. ومن خلال التعرف على أنواع الأطعمة المختلفة (الجيدة أو الفاسدة) يمكن أن يقى نفسه من

التسمم بالطعام أو تجنب طهو الأطعمة غير الطازجة (كاللحوم الفاسدة مثلا أو الأسماك أو غير ذلك).

رابعاً : تنمية ما تبقى من البصر :

ويعني تدريب الطفل على استثمار ما تبقى له من بصر وهو يعتبر أهم حاسة بالنسبة له ولا داعي للخوف من استخدامه حيث يظن البعض أن ذلك يؤدي إلى تفاقم حالة البصر ولكن هذا غير صحيح حيث أن استثمار ما تبقى من بصر يساعد الطفل على تعلم مهارات التحرك وتفسير ما يرونه من الأنشطة التي تساعد على تنمية قدرة الطفل على الرؤية بما تبقى له من بصر عن بعد مثل (أن يلف الطفل في الغرفة ويلمس جميع الأشياء ذات اللون الأزرق أو الشكل المربع أو يرسم على السبورة خطوطاً عمودية أو دائرية أو يمحو أجزاء من الخط في عدة مواضع وأجعل الطفل يقف أمام السبورة ويصل هذا الانقطاعات في الخط وتأكد أن الطفل يحرك بصره من اليمين إلى اليسار مستخدماً ما تبقى من بصر. ومثال آخر علم الطفل أن يتتبع أشياء متحركة، أما الأنشطة التي تساعد على تنمية قدرة الطفل على الرؤية بما تبقى له من بصر عن قرب مثل تدريب الطفل عن قرب على القراءة والكتابة للمطبوعات بحروف عادية أو كبيرة ولكن كثير من هؤلاء الأطفال ما يلجأ إلى تعلم القراءة والكتابة بطريقة برايل حتى يلتحقوا بمدارس المكفوفين ولكن إذا كان الطفل قادر على قراءة المطبوعات فينبغي أن يستخدم للقراءة كتباً مطبوعة لا كتب بطريقة البرايل ومن القواعد التي يجب مراعاتها :

١- أعد قراءة الكتب المطبوعة على ورق ردئ ثم ضع ورقة سوداء تحت الصفحة التي تجرى قراءتها لإزالة تأثير ملامح النص المطبوع على ظهر الصفحة.

٢- أحرص على أن يجلس الطفل فى الصف الأمامى فى الفصل قريباً من السبورة.

٣- تحقق أن جسم الطفل لا يحجب الضوء عنه أثناء القراءة والكتابة.

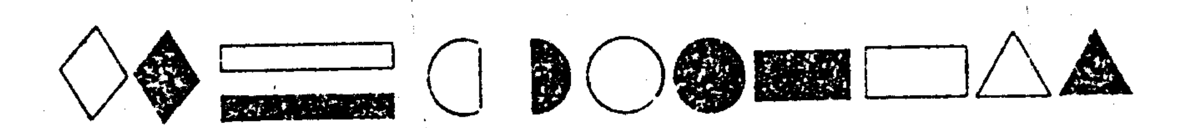
٤- تحقق من عدم وجود لمعان مبهر على صفحة القراءة.

٥- عند قراءة كتب مطبوعة على ورق ردئ ضع ورقة سوداء تحت الصفحة التى تجرى قراءتها لإزالة تأثير ملامح النص المطبوع على ظهر الصفحة

٦- إذا وجد الطفل صعوبة فى رؤية سطور كراسته فكثف سوداها بقلم أسود لبادئ السن بشرط أن يستخدم الطفل فى الكتابة لون آخر غير لون السطور حتى يسهل رؤية ما يكتبه.

ومن الأنشطة المختلفة التى تساعد على التنمية ما تبقى من بصر هى.

١- التعرف على الأشكال الهندسية من أشكال سوداء مصمتة وفى رسوم تخطيطية.



٢- تجميع الأشكال المتجانسة (مثل المربعات أو الدوائر .. الخ).

٣- التعرف على أشكال الثمار المختلفة.

٤- التعرف على الأدوات المنزلية والأشكال المختلفة (قلب ــ تفاحة ــ شجرة ــ بنت ــ سيارة .. الخ).

٥- التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء .. وهكذا.

ثانياً : طرق ووسائل تعليم المعوقين بصرياً :

العميان كلياً وجزئياً أو ضعاف البصر يتعلمون وفقا لمناهج التعليم العام فلا تختلف طريق تعليمهم فى المقررات الدراسية المختلفة كثيراً عما يستخدم من المبصرين مع استبعاد جميع الموضوعات التى يحتاج تعلمها إلى قدرات بصرية وهذا قد يتم تعلمه عن طريق الحاسة اللمسية أو الحاسة السمعية أو طريقة برايل أو طريقة تيلر والعادات والنماذج المجسمة والكتب والخرائط البارزة وكذلك الكتب الناطقة وشرائط الكاسيت وغيرها. للحصول على المعلومات والمفاهيم واكتساب الخبرات التعليمية، معتمدين على استثمار ما لديهم من بقايا بصرية مع الاستعانة ما أمكن بمعينات البصر كالنظارات والعدسات المبكرة أو الكتب ذات الحروف والكلمات كبيرة الحجم والكتب الناطقة وكثيراً من الأطفال المكفوفين يستطيعون أن يقدموا وصفا لفظياً ممتازاً لشئ ما استناداً إلى ما سمعوه من حديث يجرى بين أشخاص مبصرين ومع ذلك لا يكون لديهم فهم حقيقى لما يتحدثون عنه من حفظوا وحسب ما تناهى إلى مسامعهم.

ولذلك يجب عند تعلم المفاهيم للطفل المكفوف اتباع الآتى :

١- علم الطفل الكفيف مفهوم واحد فقط ولا تحاول أن تعلمه أكثر من مفهوم فى وقت واحد.

٢- استخدام أساليب عرض متعددة لتعليم المفهوم.

٣- لا يستطيع الطفل الكفيف تعليم المفهوم من مجرد سماعة كلامك، بل لابد من القيام بنشاط حتى يتعلم المفهوم.

٤- لابد من التغذية الراجعة للمفهوم مع توفير تجارب جديدة مختلفة من أصل تقوية ما اكتسبه من مفاهيم وزيادتها.

ومن الطرق والوسائل المستخدمة فى تعليم القراءة والحساب منها :

١- المعداد :

وهو أداة للحسابات الرياضية بطريقة يدوية وهو يوائم احتياجات الكفيف ويمكن إجراء عمليات الجمع والطرح والضرب والقسمة واستخراج الكسور العشرية والنسبة المئوية وهو يناسب السنوات الأخيرة.

مميزات هذا المعداد :

١- ترسيخ المفاهيم الرياضية.

٢- إضفاء مزيد من المتعة على تعلم الرياضيات.

٣- حل المسائل الرياضية بمزيد من السرعة والدقة.

٤- المساعدة فى تطوير المهارات الحركية الدقيقة اللازمة لتحريك الأصابع.

٢- طريقة برايل فى القراءة والكتابة :

وتنتسب هذه الآلة إلى لويس برايل (L.Braille) وقد طورها بناء عن طريقة الكتابة الليلية التى اخترعها الضابط الفرنسى باربير (Barber) لتيسير إرسال واستقبال التعليمات عبر الشفرة العسكرية إلى القوات الفرنسية أثناء الحرب مع الألمان، وهى عبارة عن نظام للكتابة البارزة يتعلم عن طريقها العميان وطرأت عليها عدة تعديلات. وفيها تمثل الحروف بنقاط بارزة عن طريق خلية صغيرة تسمى خلية برايل وهى تأخذ شكلاً مستطيلاً به ٦ نقاط حيث يمثل كل حرف باستعمال نقطة أو أكثر. وقبل البدء فى تعليم مهارات قراءة البرايل وكتابتها أن يكون الطفل قد تعلم التمييز جيداً بواسطة اللمس واكتسب المهارة فى تحريك الأصابع وإذا لم يكن الطفل قد اكتسب سوى خبرة محدودة باستخدام يديه فإنه يتعين عندئذ. قضاء قدر كاف من الوقت فى تدريبه على التمييز باللمس وتلقينه مهارات تحريك الأصابع قبل الشروع فى تعليمه هجائية البرايل وبعد مرور الطفل بتشكيله من الخبرات التى تساعده عل تنمية قدرته على التمييز

باللمس واكتساب المهارة فى تحريك الأصابع يقدم له سلسلة من التمرينات قبل استخدام البرايل مثل :

١- تحريك يديه من اليمين إلى اليسار.

٢- يتعرف على مواقع نقط برايل.

٣- التعرف على الفروق بين نقط برايل.

٤- إرهاف وعيه اللمسى.

وهذه التمرينات تساعد الطفل على استخدام يديه وحاسته اللمسية يلمس البرايل دون اللاكتراث بما تمثله النقط من حروف وكثيراً ما لا ينجح الطفل الذى يتعلم قراءة برايل فى تنمية القدرة على تحريك يديه بطريقة سليمة وهو أمر هام لزيادة سرعة القراءة فقد يقضى كل وقته فى محاولة التعرف على النقط فى كل خلية من خلايا برايل من السهل إعداد هذه التمرينات فإعدادها لا يستغرق إلا دقائق قليلة وذلك لمجرد تعويد الطفل أن يحرك يديه بسرعة ويلمس النقطة بضغط أخف ليعتاد تعرفها بسرعة وحينما يبدأ الطفل فى تعلم البرايل للمرة الأولى فعليه أن يتعود ٧ الطفل الحروف الهجائية شفوياً قبل أن يبدأ تعلم حروف برايل فيتعلمها شفوياً عن طريق الأغانى أو الألعاب الهجائية.

ومن خلال ذلك يتعلم أيضاً أصوات الحروف وذلك أمر هام لأنه لا يساعد الطفل على تعلم الهجائية فحسب بل يساعده على :

١- تعلم المهارات الأساسية التى تستخدم فى القراءة.

٢- على تحسين ما لديه من مهارات القراءة.

٣- على اكتساب المزيد من مهارات الاستماع.

وعندما يتعلم الطفل العادى القراءة عليه أن يكون لنفسه محصولاً من مفردات أول وهلة وهى كلمات أساسية يستطيع الطفل تعرفها لأول وهلة فلا

يحتاج إلى قراءة الكلمة حرفاً حرفاً ويصدق ذلك أيضاً على الطفل الكفيف الـــذى يقرأ البرايل فمجرد أن يلمس مجموعة معينة من الحروف يســـتطيع أن يتعـــرف على الكلمة دون حاجة إلى التعرف على كل حرف على حدة. وإذا كان حصيلـــة الطفل من مفردات أول وهلة ضئيلاً فإنه يقرأ الكلمة حرفاً حرفـــاً وهـــذه عمليـــة بطيئة للغاية وتجعل من الصعب عليه أن يقرأ، ففى الوقت الذى يتوصل فيه إلـــى التعرف على كلمة ما يكون قد نسى الكلمة السابقة ويتعلم الطفل الكفيف مفـــردات أول وهلة عن طريق ترديد كلمات كثيرة مراراً وتكراراً لكى يلتقى بـــها الطفـــل كثيراً وهذه الكلمات تستخدم فى دروس القراءة والـــهجاء. وأن يبـــدأ باســـتخدام اختصارات البرايل لكى يتمكن من تعلم الكلمات مثل "لدائمـــا"، "ر" "لربمـــا"، "ذ" "لذات" وهذه قد تساعده فى قراءة القصص كما يمكن استخدام الإشارات التى تـــدل على كلمات مثل "أو"، "حتى"، "بل"، "ثم"، ما أن تظهر لأول مرة فى قصة قرأهـــا الطفل وذلك لزيادة محصوله فى المفردات. وكذلك يستخدم مع مهارات التعـــرف على الكلمات.

٣- طريقة تيلر :

هى لوحة "تيلر" بها ثقوب كل منها على هيئة نجمة ثمانية الأضلاع تنتظـــم فى أعمدة وصفوف وتستخدم كوسيلة لتعليم العمليات الحسابية والمفاهيم الهندســـية بجانب العدادات والمكعبات والنماذج الطبيعية والمصنوعة والأشـــكال الهندســـية كالدوائر والمربعات والمثلثات.

٤- الكتب الناطقة :

وهى من الوسائل التى تستخدم لزيادة كمية مواد القراءة المتاحة للأطفـــال المعوقين بصرياً وفيها يتم تسجيل الكتب على أشرطة الكاسيت ومميزاتها كالآتى:

١- تسجيل الكتب لا يحتاج إلى تدريب خاص.

٢- تسجيل الكتب أسهل وأسرع من نقلها إلى البرايل.

٣- الكتب الناطقة تنمى مهارات الأصغاء.

٤- الاستماع إلى كتاب ناطق يستغرق وقتاً أقصر من قراءته بـالبرايل أما عيوبها فهى :

١- لا يتعلم الطفل مهارات القراءة.

٢- من الصعب فهم المسائل الحسابية والرسوم البيانية وما إليها عندما تعرض شفوياً.

لذلك ينبغى أن تتوافر كتب خاصة بضعاف البصر يراعى فيها أن تكون ذات خط واضح وحروف كبيرة الحجم وبها مسافات بين السطور وبين الحروف والكلمات متسعة بدرجة كافية كى لا تسبب إجهاد للعين أثناء القراءة وأن يكون حبر الطباعة أسود داكن غير لامع. والكلمات واضحة تماماً وأن يكون الورق من نوع جيد وغير مصقول.

٥- الآلة الكاتبة :

ينبغى لجميع الأطفال المعوقين بصرياً أن يتعلموا الضرب على الآلة ما أن تقوس أصابعهم ويكتسبوا القدرة على تنسيق حركاتها. والضرب على الآلة الكاتبة مهارة مهمة بالنسبة للمعوقين بصرياً لأنها تعد وسيلة يتخذونها للتخاطب كتابياً مع أشخاص مبصرين لا يقرأون البرايل. فإذا استخدم الطفل آلى كاتبة لأداء واجباته المنزلية وكتابه موضوعاته الإنشائية وغيرها من الواجبات الخطية فإن معلم الصف العادى يتمكن من تصحيح واجباته المدرسية بسهولة وإذا أراد الطفل أن يكتب خطابا إلى صديق مبصر فبإمكانه أن يستخدم آلة كاتبة لكى يتمكن صديقه من قراءة الخطاب، كما أن اتقان مهارات الضرب على الآلة قد يتيح للطفل إيجاد عمل عندما يكبر سنة فكثير من المتفوقين الذين ينجحون فى عملهم ككتبه أو

موظف هاتفي أو موظف لاستقبال أو مبرمجي حاسبات إلكترونية وهذه كلها وظائف تقتضى مهارات عالية فى العمل على لوحات المفاتيح والتدريب على الآلة الكاتبة يتطلب مهارة التعرف على وظائف الأصابع العشر وليس بأصبعين فقط وهذا يحتاج إلى الكثير من التدريب.

المشكلات النفسية للأطفال المكفوفين :

قد يواجه الطفل الكفيف كثير من العادات والاتجاهات الاجتماعية التى يشوبها القسوة فى المعاملة أو الضيق والتبرم فى مواجهة هذه الإعاقة مما يؤدى إلى معاناة هذا الطفل وشعوره بالاغتراب. وصعوبة حصول الطفل على الخبرات المعرفية بسبب فقدان البصر تعتبر من العوامل التى تدفع بعض الأسر إلى إلحاق الطفل ببعض المؤسسات المتخصصة ليقيم فيها طوال وقته بأقسامها الداخلية تأهيلاً وتزويداً ببعض الإمكانات التى تساعده فى حياته. وإذا كانت هذه الإقامة الداخلية. تعطى للكفيف كثيراً من المميزات إلا أنها قد تحرمه من ممارسة حياته الطبيعية التى تتطلب مواجهة الواقع والتعامل معه بتفاعل سليم بعيداً عن عوامل الحماية الزائدة التى تهيئها له هذه الإقامة. والفترة التى يقضيها الكفيف فى القسم الداخلى لها أهمية فى إعداده النفسى فهو يحتاج إلى التدريب للتغلب على توتره وصراعاته الداخلية نتيجة شعوره بالغربة والعزلة عن أسرته وما قد يصاحب هذا الشعور من خوف وقلق وعجز داخل إطار هذه البيئة المصطنعة والتى تفتقر إلى الكثير من المعوقات المادية والنفسية التى تسهم فى تحقيق التكيف وانعكاس أثر ذلك على توافقه الشخصى والاجتماعى. وإذا كانت المدرسة تقدم لهذا الطفل العديد من الخبرات التعليمية إلا أنها لا تعطى آثارها المطلوبة بعيداً عن تفاعل وتعاون ومشاركة أفراد الأسرة.

وهناك العديد من الدراسات السابقة التى تناولت بالدراسة شخصية الطفل الكفيف من جوانب متعددة حيث يتم التعرف على أهم ما يعانيه هذا الطفل من

مشكلات، فتشير دراسة فتحى السيد عبد الرحيم (١٩٨٥) : إلى أن الطفل الكفيف أكثر اعتماداً على الآخرين وأقل اجتماعية وأن الدور الذى يقوم به داخل الأسرة أو خراجها دوراً ثانوياً وينعكس ذلك على شعوره بذاته ومدى تقبله اجتماعيا وما درجة هذا التقبل فى إقباله على المشاركة الاجتماعية أو محاولته لتجنب ضغوطها. مما قد يدفعه إلى الإنعزال من زخمة الجماعة، وغلبه الأحاسيس التى تجعل يستشعر أنه أقل من الآخرين، وفى دراسة سيد صبحى (١٩٨٥) : حول السلوك التفاعلى للكفيف وعلاقته بالقدرة الإنتاجية أظهرت النتائج وجود علاقة بين السلوك التفاعلى والقدرة الإنتاجية عند الكفيف والكفيفة، وأن الكفيف تميز فى هذا السلوك وهذه القدرة من غيره من المبصرين كما أشارت الدراسة إلى ضرورة دمج المكفوفين من الجنسين فى إطار عمل واحد مع المبصرين لزيادة دافعية العمل وإتاحة الفرص الملائمة لتأكيد الذات، وتناولت دراسة جين كنمور (١٩٨٥) : توصيات متعددة لدمج المكفوفين فى التعليم بحيث يصبحون منذ وقت مبكر أكثر تكيفاً مع عالم المبصرين، ذلك العالم الذى يحتاج إلى مواءمة ولكى يتعلموا كيف يوظفون ما قد بقى من حواسهم. وأشارت الدراسة إلى أن الطفل يتعلم فن التوافق (إذا صح هذا التعبير) من خلال أساليب الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسة فهو بهذا يتكيف داخل القسم الداخلى ولا يستطيع أن يدعى أنه قد حقق تكيفه مع أسرته أو مع معطيات ومتطلبات المجتمع الخارجى. وقد أشارت نتائج دراسة أنا ماريا (١٩٨٥) : إلى نفس التوصيات السابقة تقريباً من حيث دمج المكفوفين فى التعليم، ذلك لأن المدارس الخاصة وما يتبعها من أقسام داخلية لا تحقق المناخ النفسى السليم، ولا تهيئ الخبرات الواقعية الطبيعية كما أن ما يقدم من خبرات تعليمية متمثلة فى القراءة والكتابة واستخدام الآلات يقدم فى وسط مصطنع بعيداً عن الواقع !! وأكدت دراسة محمد الطيب (١٩٧٩) : التى تناولت أثر الإقامة الداخلية على التوافق الشخص والاجتماعى للأطفال المكفوفين – إلى أن الإناث الآتى فى الإقامة الداخلية أكثر توافقاً من الذكور، وأن الذكور أكثر

توافقا من زملائهم فى الإقامة الخارجية، كما أن التوافق بأنواعه لدى الإنـــاث لا يختلف باختلاف نوع إقامتهن أكدت الدراسة أن الطفلة الكفيفة المقيمة داخلياً أكثر اعتماداً على نفسها وأكثر وافقا إلا أن هذا التوافق الذى تحققه الإقامـــة الداخليـة توافق سطحى غير عميق للمكفوفين من الجنسين على حد سواء وتشـير دراسـة لونيفيلد Lowenfels (١٩٦٨) : أن من بعض المشكلات التـى يعـانى منـها المكفوفين من الجنسين مشكلات تتعلق بالوظائف المعرفيـة الحركيـة والتجـوال ومشكلات تتعلق بالإعاقة وشخصية الكفيف، وأشارت الدراسة إلى أهمية دور كـل من الأسرة والبيئة المدرسية وخدمات التأهيل فى تخفيف حدة هذه المشكلات. كمـا أشارت دراسة شولدن Cholden (١٩٦٥) : إلى أن الكفيف يعانى من الاكتئـاب الذى لا يمكن تجنبه نتيجة عجزه، وأن الجهود التى تبذل لمنع هذا الاكتئاب مـن شأنها أن تعوق عملية تعديله نفسيا وتربويا، وأكدت دراسـة زهـران Zahran (١٩٦٤) : على أن الاختلافات بين المكفوفين والمبصرين من الأطفال لا ترجـع إلى عوامل الإعاقة فقط بل ترجع إلى عزل الكفيف فى مجتمع مغلق ومصطنـع بعيداً عن الحياة العامة. ووجد سيشور Seoshore (١٩٦٠) : المكفوفيـن أقـل حساسية من المبصرين فى القدرة على التفرقة بين الأوزان، ولكنهم أكثر حساسـية فى متابعة الأصوات، وهكذا يؤكد اعتماد الكفيف على حواسه الأخـرى بصـورة مستمرة. وأكدت دراسة أحلام حسن محمود (١٩٨٩) بعض المشـكلات النفسـية الناتجة عن الإقامة الداخلية للأطفال المكفوفين.

حيث يتم التعرف من خلال الدراسة على أربـع أنـواع مـن المشـكلات الخاصة بالطفل الكفيف وهى.

١- المشكلات الشخصية :

وهى تدور حول الشعور بالعزلة وما يصاحبها من خوف وقلق نتيجة هـذه العزلة والبعد عن الأسرة فى بيئته مصطنعة، كما يلجأ الكفيف فيها إلا الاستغراف

فى أحلام اليقظة ليتحاشى عالمه الواقعى. وأن الإقامة الداخلية تجعل الكفيف أقل توافقا وأكثر بانطواء وأقل اعتماداً وهو دائماً فى حاجة إلى مساعدة من الآخرين بحكم ما يعانيه من إعاقة.

٢- مشكلات اجتماعية :

وهو تدور حول ما يعانيه الكفيف من سوء معاملة من الأسرة أو الزملاء الأكبر منه سناً أو من سوء معاملة المشرفين والمدرسين ونقصى رعايتهم له. ومن بعض الأساليب المحيطة به من أساليب كذب أو سرقة وجميعها تشعره بالضيق والتوتر على الرغم من افتقاده لأفراد أسرته إلا أنه يعامل معاملة سيئة عند زيارته لهم مما يولد عنده تناقضاً وجدانياً تجاههم هذا بالإضافة إلى أنه يشعر بأن المحيطين به ينظرون إليه ويعاملونه بدافع الشفقة لأنه عاجز.

٣- مشكلات تعليمية :

وتدور حول معاناة الطفل الكفيف فى مجال تعليمه ودراسته كنقص الأدوات وآلات الكتابة والأجهزة التى تساعده على استذكار دروسه ونقص فى حجرات الاستذكار بالسكن الداخلى وشعوره بانخفاض مستواه التحصيلى وعدم تشجيع المدرسين له وهو يأمل أن يجد النظام المدرسى الملائم الذى يتفق منه إمكانياته ويغطى احتياجاته.

٤- مشكلات صحية :

تدور حول نقص الغذاء وكيفية تناوله والعناية بالأمور الشخصية والصحية، وكثرة إصاباته بالجروح نتيجة حركته وتجواله داخل الحجرات الضيقة كثيرة الأثاث مع عدم وجود آلات تساعده على هذه الحركة مثل (العصا البيضاء) مما يجعله يأخذ حذره فى كل خطوة يخطوها وهذا يشعره دائماً أنه فى حاجة إلى مساعدة الآخرين غير أنه يبذل جهداً كبيراً أثناء تنقله وهذا يجعله أكثر تعرضا

للإجهاد العصبى وعدم الشعور بالأمن وزيادة التوتر مما يؤثر على صحته النفسية مصطفى فهمى (١٩٨٠).

إرشادات الأخصائى الذى يتعامل مع شخص أعمى :

١- عند قيادة شخص أعمى قدم له يدك ودعه يمسكها ثم أمش أمامه عن قرب حتى يمكنه ملاحظة صعودك السلم مثلا أو نزولك فى الوقت المناسب لتصحيح وضع نفسه. تأكد من أول مرة أن يتبعك بإخباره أن يصعد أو ينزل ثم أشر إليه بواسطة التأنى قليلاً كلما كان الصعود أو النزول لازماً.

٢- إذا أردت من شخص أعمى أن يجلس ضع يده على ظهر الكرسى فيقوم هو بالجلوس وإذا كان يركب سيارة ضع يده على أعلى هيكل باب السيارة وأتركه يكمل الباقى.

٣- حينما تتكلم مع شخص أعمى استعمل صوتك العادى فإنهم يسمعون جيداً ثم لا تضطرب ولا تتردد من استعمال "هل ترى" أو "انظر" ففى معظم الحالات يفهمها هو أيضاً على أنها بديل لكلمة "هل أنت فاهم".

٤- حينما يدخل أو تخرج من حجرة تكلم مع الشخص الأعمى حتى يعرف ما إذا كنت موجوداً أن خرجت وأفعل ذلك أيضاً حينما تجلس حتى يعلم أين جلست.

٥- اجعل الأبواب إما مفتوحة تماماً أو مغلقة تماماً فالباب نصف المفتوح عقبه خطيرة أمامه.

٦- إذا كان يدخن أعطيه مطفئة السجائر فى يده أو أقل له أنها على المكتب أمامه ولا تحرك الأشياء التى يستعملها فإنه يعتمد على وجودها فى أماكنها المعهودة.

تشجيع أولياء أمور المعوقين على المشاركة فى برامج التربية الخاصة (عبد العزيز مصطفى، كمال سالم (١٩٩٠).

إن تحقيق الأهداف التربوية يعتمد على حد بعيد على نوع العلاقة القائمة بين المدرسة والمنزل، فالعلاقة التقليدية مثلا والتى تعتمد على الزيارات المنزلية لا تحفز أولياء الأمور على المشاركة الفعالة فى تخطيط الأهداف التربوية المختلفة وتنفيذها. وإذا أردنا تحقيق تلك الأهداف التى تخدم الطفل فلابد من تكوين علاقات سليمة وفعالة مع المنزل وذلك بإيجاد الطرق والبرامج التى يمكن من خلالها مناقشة المشكلات النهائية والسلوكية للطفل بصراحة وجدية [١]. واستجابة لهذا الاتجاه كان لأولياء أمور المعوقين فى الدول المتقدمة فى العقود القليلة الماضية دور بارز فى تنمية برامج التربية الخاصة وتطويرها بشكل عام، وفى تربية أطفالهم المعوقين وتعليمهم بشكل خاص بعد أن كانوا محرومين ومعزولين من المشاركة فى مثل تلك البرامج أو حتى الحصول عليها (Iombana & Iombana 1982). وقد أكد على أهمية دور أولياء الأمور ما أورده المهتمون والباحثون عن طريق الدراسات والمشروعات المتعددة والخطابات والمؤتمرات والدورات التى ركزت جميعها على هذا الدور وأهميته (Macy. et. al. 1983).

ويرجع السبب فى تطور دور أولياء الأمور هذا إلى أسباب اجتماعية وقانونية وتشريعية كالقانون الأمريكى العام ٩٤ـ ١٤٢ (pL. 94-142) حيث لعبت هذه القوانين والتشريعات دوراً بارزاً فى تطوير هذا الدور، ولذلك نجدهم مشاركين مشاركة فعالة أكثر من أى وقت مضى فى التخطيط والتنفيذ لمثل تلك البرامج.

بمقارنة هذا التطور لدوره أولياء الأمور وأثره فى توسيع برامج التربية الخاصة وتطويرها فى المجتمعات المتقدمة معه فى المجتمعات النامية نلاحظ الحاجة الملحة لإبراز هذا الدور وتنمية وتطوير البرامج والخطط التى تضمن مشاركتهم فى برامج التربية الخاصة بدرجة تلبى توقعاتهم وآمالهم واحتياجاتهم.

وعليه فإن هذه الدراسة تهدف إلى التعريف بالطرق المختلفة التى قد تشجع وتكفل مشاركة أولياء أمور المعوقين فى تطوير برامج التربية الخاصة وتنفيذهـــا ضمن المعطيات التربوية والاجتماعية الحالية فى المجتمعات النامية. وللوصـــول إلى ذلك لابد من استخدام وسائل وطرق وأنشطة متعددة تلبـــى تلـك الحاجـات والآمال والتوقعات أولاً ثم تساعد على توسيع برامج التربية الخاصة وتطويرها.

وبما أن الدراسة تتناول موضوع أولياء الأمور ومشاركتهم فـــى الــبرامج التربوية الخاصة، فمن المناسب هنا أن نعرف المقصود بأولياء الأمور : جاء فـى القانون الأمريكى العام ٩٤ــ ١٤٢ السـنة ١٩٧٥م (PL. 94-142) أن يتـدرج تحت تعريف أولياء الأمور كل من :

١- الأب أو الأم (أولياء الأمور الطبيعيين) Natural parents

٢- الأب أو الأم بالتبنى adoptive parent

٣- الوصى على الطفل (فى حالة ووفاة الوالدين) guardian

٤- من يمثل الأب أو الأم مثل الوكيل surrogate أو الجـد أو الجـدة أو أحـد الأقارب.

أسر المعوقين وحاجاتهم

كثيراً ما تنتاب ــ فى فترة الحمل ــ كلا من الأب والأم توقعـــات ســارة ومبهجة تتعلق بالمولود الجديد وما سيكون عليه من ووسامة أو جمال أو ذكــــاء، وبالمستقبل الذى يتوقعانه له.

وقد تتحقق هذه التوقعات بمقدم الطفل وقد لا تتحقق، فقـــد تظـهر علـى المولود دلائل أو علامات تشير إلى أنه فى حالة غير طبيعية أى معـــوق. هـذه الدلائل قد يلاحظها الزوجان ملاحظة مباشرة أو قد يتعـرف عليـها الطبيـب أو الأخصائى بخبرته أو بوسائله الخاصة. ولقد أشارت معظم الدراسات التى أجريـت

حول هذا الموضوع إلى أنه عند سماع الزوجين لهذا النبأ تتنابهما مشاعر متباينة ومتغيرة نستطيع حصرها فى النقاط التالية :

١- الصدمة (Shock) : يصاب الوالدان بصدمة عندما يعلمان أن طفلهما معوق.

٢- الإنكار (denial) : يتمثل فى الإنكار فى رفض الوالدين إعاقة طفلهما والتشكك فيما يقوله المختص نتيجة عدم الثقة فى التشخيص.

٣- الغضب (anger) : وذلك بأن يتأكد الوالدين فعليا بأن طفلهما يعانى من إعاقة ما بعد الرجوع لأكثر من أخصائى، فيغضب الوالدان لكون الحظ لم يحالفهما فى إنجاب طفل سليم ولأن أحلامهما لم تتحقق.

٤- الشعور بالذنب والحزن (guilt) : فقد يشعر الوالدان بالذنب وتأنيب الضمير إزاء إعاقة طفلهما وذلك اعتقادا منهما بأنهما معا أو واحدا منهما هو السبب فى هذه الإعاقة كأن يكونا قريبين مثلا، أو أن واحدا منهما يعانى من إعاقة ما، أو أن الأم لم تراع سبل الوقاية والعناية السليمة أثناء فترة الحمل، لأنها كانت تتعاطى بعض الأدوية أو العقاقير، وأهملت أساليب التغذية السليمة أو ما شابه فى ذلك.

٥- التقبل والاعتراف (acceptance and recognition) : وأخيرا بعد أن يقتنع الوالدان بأن الأمر قد حدث فعلا وأنه لا مجال فيه لخطأ فى التشخيص أو للنكران، ولا مجال لإلقاء اللوم على أحد الأطراف وأن عليهم أن يتقبلوا طفلهم بوضعه الحالى وأن يعملوا على الأخذ بيده ومساعدته على التوافق مع الحياة الأسرية والاجتماعية.

لقد أوضح سوننشاين Sonnemschein (1981) أنه مهما كانت طبيعة مشكلة الطفل فإن أولياء الأمور يميلون إلى الشعور بالمسئولية نحوها ويبحثون عن سبب لها لاعتقادهم بأنهم تسببوا فى حدوث تلك الإعاقة.

وفى معظم الأحيان نجد أن الأسرة التى لديها طفل معوق تقلل من اختلاطها بالأسر الأخرى وخاصة تلك الأسر التى لا تربط معها بصلة قرابة مما ينعكس ذلك على درجة التفاعل الاجتماعى لأسرة المعوق. ولقد أشار ليتشر (Lichter 1976) إلى أنه من الشائع أن نجد أولياء أمور الأطفال المعوقين ينسحبون من المشاركة الاجتماعية ويسلكون سلوكاً ربما يبغدهم أو يبعد طفلهم عن التقبل الاجتماعى، وسوف يعمل هذا الانسحاب على زيادة عدائهم وامتعاضهم وغضبهم نحو المحيطين بهم مما يؤدى إلى تقليل تعاون أقربائهم وأصدقائهم وجيرانهم معهم، وربما يجد أولياء الأمور أنفسهم داخل دائرة الرفض والعزل.

وبناء على ما ذكر من الشاعر والاتجاهات التى تنتاب أولياء أمور المعوقين فإننا نجد أن لهم حاجات ذات وجهين (learner 1985) الوجه الأول: يتمثل فى الحاجات المتعلقة بالتغلب على مشاعرهم التى تصاحب وجود الطفل المعوق لديهم، أما الوجه الثانى، فيتمثل فى الحاجات المتعلقة بمشكلة طفلهم المعوق.

أولاً : الحاجات المتعلقة بالتغلب على المشاعر التى تصاحب وجود طفل معوق لديهم : تتمثل هذه الحاجات فى الآتى :

١- الحاجة إلى معرفة أن اللوم سواء لوم النفس أو لوم الطفل نفسه لا يجدى فى حالة وجود الإعاقة.

٢- الحاجة إلى المساعدة من قبل المختصين ومن الأقارب والأصدقاء والجيران.

٣- الحاجة إلى المساعدة للتخطيط لنمط وأسلوب الحياة مع طفلهم المعوق.

٤- الحاجة إلى التشجيع للاتصال بالمختصين لطلب التوضيحات والاستشارات الخاصة بردود أفعالهم ومشاعرهم.

ثانياً : **الحاجات المتعلقة بالطفل المعوق نفسه** : وتتمثل فى الحاجات فى الآتى :

١- الحاجة إلى معرفة حالة الطفل (طبيعية الإعاقة، مسبباتها، إمكانية علاجها).

٢- الحاجة إلى المعلومات والنشرات الخاصة بطبيعة إعاقة الطفل لمساعدتهم فى اكتساب الخبرة النظرية بطبيعة الصعوبات التى يواجهها الطفل.

٣- الحاجة إلى فهم لغة المختصين.

٤- الحاجة إلى معرفة كيفية التعامل مع الطفل فى المنزل والتخطيط التربوى له.

٥- الحاجة إلى فهم الأهداف التعليمية لبرنامج رعاية الطفل.

٦- الحاجة إلى معرفة المستقبل المتوقع للطفل.

٧- إذا كان هناك دواء موصوف للطفل، فإن أولياء الأمور يكونون فى حالة إلى معرفة تأثيره وفوائده والأعراض الجانبية له إن وجدت والأدوية البديلة له فى حالة عدم توافره.

٨- الحاجة إلى أن يشعروا أن المختصين سواء فى المدرسة أو فى المؤسسة أو فى المراكز العلاجية مهتمين بحالة الطفل.

وبذلك يمكن القول إن حاجات أولياء الأمور تتعدد وتختلف حسب طبيعة الإعاقة ودرجتها، ومدى قدرتهم على تقبلها وتقبل ما يتلقونه من دعم وتشجيع خارجى. هذا وإن ردود الفعل وحاجات أولياء الأمور هذه يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند التفكير فى أى برامج أو خطط تهدف إلى مشاركتهم فى التربية الخاصة، ولذلك فإن أهداف هذه البرامج تكون متعددة بما يتناسب مع عدد أولياء الأمور المشاركين فيها، فالبعض يسعى للحصول على معلومات حول طبيعة إعاقة أطفالهم، أسبابها ومستقبلها، والبعض الآخر يرغب الوصول إلى تنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفالهم حتى يتسنى لهم تقبلهم وبالتالى البدء فى عملية البحث عن طرق لمعالجتهم وتدريبهم.

وبناء على ما سبق التأكيد عليه من حاجات أولياء الأمور فإن مشاركتهم في برامج التربية الخاصة تعتمد على المبادئ الأساسية التالية (Karnes & Zehrbach 1972).

١- وجود اتجاهات لدى الأخصائيين نحو أولياء الأمور ودورهم في تنمية قدرات أطفالهم وتطويرها، إضافة إلى مساهمتهم في تحسين المناهج المدرسية وتغذيتهما بما يقدموه من مشاركة فعلية تشجع وتعزز أطفالهم وتوفر تشجيعاً ودعماً للمدرسين في تخطيط الأنشطة المتعددة وتعديلها وتنفيذها وبالتالي في تطوير دور المدرسة ككل.

٢- الاقتناع بضرورة تلبية حاجات أولياء الأمور الملحة بتوفير وسائل وطرق متعددة يمكن استخدامها لضمان مشاركتهم وتنشيط أدوارهم. ومن ناحية أخرى فإن توافر مثل هذه الأمور الفعالة يعمل على استبدال مشاعر الإحباط عندهم ويعزز شعورهم بأهميتهم وقيمتهم الذاتية ويعدل كذلك من فهمهم لمشاعرهم الذاتية. إضافة إلى ذلك تعميق مفهوم الذات واحترامها وكذلك الكرامة، وزيادة مهارتهم التي تساعدهم في تدريب أطفالهم بأنفسهم، وكذلك في حل المشكلات السلوكية المصاحبة للإصابة.

٣- الاعتقاد بأن كل ولي أمر مهما انخفض مستواه الثقافي فإن لديه القدرة على المشاركة الإيجابية سواء في تطوير البرامج التربوية الخاصة أو في تنفيذها إذا أحسن تطوير الأنشطة وتنويعها.

فمن الثابت أن أولياء الأمور بإمكانهم التأثير الإيجابي في تحسين نمو أطفالهم المعوقين فيما لو دربوا على المهارات والأساليب اللازمة للتربية الخاصة. ويؤيد ذلك أيضاً النتائج المشجعة للتدخل المبكر لأولياء الأمور في تحسين أداء الأطفال المعوقين وتطوير مهاراتهم اللغوية والاجتماعية والمعرفية (Andrews, 1982).

وعليه فقد أصبح اشتراك أولياء الأمور وتدخلهم المبكر فى تدريب أطفالهم المعوقين ركيزة أساسية فى برامج التربية الخاصة وذلك باعتماد اللقاءات الأسبوعية معهم وتدريبهم على استعمال الأساليب التربوية الحديثة فى تدريب المعوقين كالتقليد والتعزيز والتغذية الرجعية التصحيحية Correction feedback. ومن الأمثلة على ذلك ما حققه مشروع بورتيج Portage والذى أعد ونفذ خصيصاً لتدريب أولياء أمور المعوقين بطريقة منظمة تضمن اعتماد الأسرة على نفسها إلى أقصى درجة فى تدريب طفلها وكذلك تحملها جزءاً من مسئولية تنمية مهارته وتطويرها. وكذلك مشروع رياض الأطفال Head start Projector والذى يهدف إلى بناء وتطوير البرامج التدريبية الفردية والجماعية لأولياء أمور المعوقين باستخدام الطرق والوسائل المتعددة المستخدمة فى تدريب المعوقين. وكذلك مشروع BEBT الذى يهدف إلى الاستفادة من المعلومات المتوافرة لدى الأسرة عن الطفل وتدريبها مباشرة على الوسائل التربوية الحديثة اللازمة للتعامل مع طفلها فى المنزل.

وباستعراض هذه المشروعات وكذلك الأبحاث والدراسات السابقة نلمس مدى أهميتها وإمكانية الاستفادة منها فى إشراك أولياء الأمور من برامج التربية الخاصة.

وفى الجزء المتبقى من هذه الدراسة سيتم استعرض بعض الطرق والقنوات التى استخدمت فى تلك المشروعات والأبحاث والدراسات لتسهيل عملية الاتصال مع أولياء أمور المعوقين، وكذلك الوسائل والأساليب التى تشجع اشتراكهم فى تلك البرامج.

قنوات الاتصال مع أولياء أمور المعوقين

من الطبيعى أن يتفق كل من أولياء الأمور والأخصائيين فى ميدان التربية الخاصة من حيث المبدأ على أهمية تربية الأطفال المعوقين وتدريبهم، ولكن على الرغم من ذلك الاتفاق المبدئى فإن العلاقة بينهما تكون فى الغالب صعبة ومعقدة لسببين :

الأول : يتعلق بالاتجاهات السلبية والعدوانية فى بعض الحالات وعدم ثقة أولياء الأمور بالمختصين فى هذا المجال نتيجة لعدم مراعاة الأخصائيين فى الغالب لمشاعر أولياء الأمور وأحاسيسهم. ولذلك يجب الانتباه إلى أسلوب وطريقة التعامل مع أولياء الأمور ومراعاة مشاعرهم وتجنب إحداث أية احباطات تضاف إلى الإحباطات الأصلية التى يعانون منها بسبب وجود طفل معوق لديهم.

أما السبب الثانى : فيتعلق باتجاهات المختصين نحو أولياء الأمور وما يسودها من اعتقاد بعدم قدرتهم على فهم طبيعة الإعاقة أو التعامل معها، ولذلك فهم لا يصدقون ما يقوله أولياء الأمور ولا يكترثون به لاعتقادهم أن تلك الاتجاهات مبالغ فيها وأنه تمتزج بالعواطف والمشاعر الذاتية (Karnes & Zehrbach 1972).

لقد أوضح أثر اتجاهات المعلمين والمختصين والمسئولين نحو برامج التربية الخاصة بشكل عام وما يوجهونه من لوم لأولياء أمور المعوقين لعدم مشاركتهم أو إيذاء اهتمامهم بتلك البرامج، وفى الغالب فإن هذا اللوم يؤثر على اتجاهات أولياء الأمور ولا يستجيب لاحتياجاتهم واهتماماتهم مما يدفعهم فى كثير من الأحيان إلى انتقاد هؤلاء العاملين واتهامهم بعدم تفهمهم لمشكلاتهم وحاجاتهم، وتكون النتيجة انصرافهم عن حضور الاجتماعات المخصصة لهم، وعدم المشاركة فى برامج التربية الخاصة ونشاطها اعتماداً على توقعاتهم السلبية من تلك اللقاءات التى تقدم فى العادة محاضرات نظرية بعيدة عن التطبيق، وكذلك

خوفهم من الإحباط الذى قد يصيبهم عندما تناقش نواحى القصور والعجز لدى أطفالهم.

وللتغلب على الصعوبات التى قد تعيق التعاون الفعال بين أولياء الأمور والعاملين فى ميدان التربية الخاصة، فإنه لابد من أن يتحمل العاملون العبء الأكبر فى إقامة جسور الثقة مع أولياء الأمور كى يضمنوا التعاون المنشود ما أمكن ذلك مسترشدين بالنجاح الذى حققه البرامج والمشروعات السابقة وبفضل الدور الإيجابى الذى لعبه أولياء الأمور.

ولقد أشار كارنز [٩] إلى أهمية عقد الاجتماعات واللقاءات الدورية التى يشارك فيها أولياء أمور المعوقين، على أن تكون فى الأشكال التالية مثلاً :

١- المؤتمرات.

٢- الاجتماعات المصغرة.

٣- الاجتماعات الفردية.

أولاً : المؤتمرات :

ويسبق عقدها فى العادة اختيار الموضوع والمكان الذى يناسب جميع المشاركين ويحضر لها بطرق مختلفة أيسرها تعبئة نماذج خاصة ومصممة لذلك الغرض. وبشكل عام فإن مثل تلك المؤتمرات تهدف إلى توفير معلومات عامة وسريعة لأكبر عدد ممكن من المشاركين ومنحهم الفرصة لإلقاء الأسئلة والاستفسارات التى يجيب عليها فى العادة مجموعة من المختصين. وبعد انتهاء الجلسات الرسمية للمؤتمر يوصى بإثارة المناقشات وتشجيعها من طرف الجانبين حتى تتاح فرصة أكبر للتعرف على المشاركين بشكل عام والمهتمين منهم بالموضوع بشكل خاص. كل ذلك من أجل تشكيل وتنظيم مجموعات صغير لتكون نواة لمجموعات الأهل والتى يؤمل أن تكون فى المستقبل وسائل ضغط

تعمل على تحصيل الحقوق الأطفال المعوقين. ولتحقيق الأهداف المرجوة من هذه المؤتمرات، يجب مراعاة الأسس التالية :

١- دعوة أولياء الأمور للمؤتمر مرة على الأقل فى كل عام علــى أن يكــون وقت المؤتمر ومكانه مناسبين لجميع المشاركين وكذلك ضرورة تذكـيرهم قبل الموعد بثلاثة أسابيع أو أسبوع على الأقل.

٢- استخدام وسائل الإيضاح المختلفة.

٣- تأمين المواصلات وحضانة الأطفال عن الضرورة.

٤- الابتعاد عن الجو الرسمى وتوفير جو من الثقة والسرور بين المشــاركين والاستماع لجميع الآراء ووجهات النظــر المطروحــة والإجابــة عــن الاستفسارات وتقديم الاقتراحات عند الضرورة.

وعلى الرغم من أهمية وضرورة عقد مثل تلك المؤتمرات الموسعة فــإن عيبها الواضح يكمن فى كونها لا تلبى أغراضا وحاجات فردية محددة تكون فــى كثير من الأحيان محور اهتمام بعض أولياء الأمور ولتلافى ذلـــك فإنــه يجــب التنسيق لعقد اجتماعات مصغرة فردية تلبى المؤتمرات بوقت قصير لتلبيــة مثــل تلك الاحتياجات.

ثانياً : الاجتماعات المصغرة :

ويتم فيها مناقشة موضوعات محددة ودقيقة تهم المشاركين : ويوصى بــألا يتجاوز عددهم سبعة، وفى مثل هذه اللقاءات المصغرة تكون العلاقة أقرب بيــن الحضور بعضهم ببعض حيث يشعرون بحرية الكلام فيــها يختــص بحاجاتــهم واهتماماتهم الفردية ولضمان نجاح تلك اللقاءات المصغرة يوصى بالآتى :

١- الترتيب للاجتماع، بحيث يكون أسبوعياً أو شهرياً وذلك بالتشاور مع أوليــاء الأمور المشاركين، وقد يقــوم أوليــاء الأمــور بالتنــاوب بــالدعوة لــهذه الاجتماعات، أو قد يتفق فى نهاية كل لقاء على موعد اللقاء المقبل ومكانه.

٢- توفير جو من الراحة والأمان للمشاركين بحيث لا يمنع ذلك من تحقيق الأهداف الموضوعة لتلك الاجتماعات.

٣- اختيار موضوعات النقاش حسب رغبة المشاركين والتخطيط لها بالتشاور فيما بينهم.

هذا ويمكن أن تتبع هذه اللقاءات المصغرة بلقاءات فردية مع بعض أولياء الأمور خاصة الذى نلاحظ عدم تحقق مشاركتهم الفعلية فى الاجتماع، فيحتاج الأمر المزيد من الوقت لتلبية رغباتهم وحاجاتهم أو تدريبهم على بعض المهارات اللازمة للتفاعل فى مثل هذه الاجتماعات.

ثالثاً : الاجتماعات الفردية

يمكن الترتيب لعقد هذه الاجتماعات الفردية فى نهاية الاجتماعات المصغرة أو عن طريق الاتصالات الفردية، ولنجاح مثل هذه الاجتماعات فإنه يوصى بما يلى :

١- الحصول على رضا ولى الأمر وتقبله وتفهم حاجاته وتحقيقها بالطرق العملية ما أمكن.

٢- إعطاء ولى الأمر جزءاً من المسؤولية فى معالجة القضايا المطروحة والحذر من تعزيز الاعتماد الكلى على الأخصائيين فى حل ومعالجة جميع المشكلات التى تواجهه.

٣- إذا تعذر حل بعض القضايا المطروحة من قبل بعض أولياء الأمور المشاركين فإنه يوصى باستشارة أخصائيين آخرين أو مشاركتهم فى اللقاءات المقبلة.

٤- يفضل أن يكون الاجتماع قصيراً وأن يتم العمل على تحقيق الأهداف الموضوعة لكل اجتماع بقدر الإمكان، وتوثيق ذلك فى سجل خاص.

هذا ومن خلال تلك الاجتماعات واللقاءات السابقة الذكر فإنه يمكن التركيز على تدريب أولياء الأمور وتوعيتهم باستخدام مجموعة محددة من البرامج بحيث تشتمل على الأنشطة البيئية والتى يفترض أنها تناسب البيئة المحلية مما يجعل تطبيقها سهلا وبالتالى تشجع عملية اشتراك أولياء الأمور وتولى أدوارهم الإيجابية اللازمة كمدافعين ومؤيدين لبرامج التربية الخاصة، وكأسر للمعوقين وكذلك كمساعدين ومشاركين فى تخطيط وتنفيذ تلك البرامج فى المشاركة والتخطيط والتنفيذ لهذه البرامج.

برامج تدريب أولياء الأمور

تتمثل أهداف برامج تدريب أولياء الأمور المعوقين فى النقاط التالية :

١- مساعدة أولياء الأمور فى تولى دورهم كمؤيدين لبرامج التربية الخاصة، ومدافعين عنها.

٢- مساعدة أولياء الأمور فى تقبل دورهم هذا.

٣- مساعدة أولياء الأمور فى أن يكون أداة مساعدة فى تخطيط البرامج المدرسية وتنفيذها.

أولاً : مساعدة أولياء الأمور فى تولى دورهم كمؤيدين لبرامج التربية الخاصة ومدافعين عنها.

وذلك بالاستفادة مما أظهرته مجموعات أولياء الأمور من قوة تأثير ومقدرة فى الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية ودور أوربا الغربية بوجه عام والدول الاسكندنافية بوجه خاص فى أن يكونوا أداة نافعة لصالح أطفالهم وفى أن يصبحوا أداة قوية للتعبير عن احتياجاتهم وما حصلوا عليه نتيجة لذلك من حقوق لهم ولأطفالهم، فلم يعد دورهم قاصراً على تلقى الخدمات فقط وإنما أصبحوا نشطين وإيجابيين فى أدوارهم المتعلقة بالتقويم والتخطيط لبرامج التربية الخاصة.

هذا بالإضافة إلى أنهم أصبحوا أداة ضغط قوية وفعالة يحسب حسابهم فى جميع المجالات، وما نتج عن ذلك من إصدار التشريعات والقوانين التى كلفت حقوقهم وحقوق أطفالهم المعوقين (Macamillam (1982), (Smell 1983z).

ولكن كيف يمكن لأولياء الأمور أن يمارسوا هذا الدور بفاعلية ونشاط ؟ لقد أجمع كل من (وولف، ستيل) Snell, 1983, Wolf (1982) على الأساليب التالية فى حفزهم على أخذ أدوارهم كمدافعين ومؤيدين التربية الخاصة.

١- الترتيب لعقد اجتماعات مشتركة مع المهتمين منهم وما يقوم إليه ذلك من تنظيم المجموعات الصغيرة ومن ثم التخطيط واكتشاف الطرق الممكن اتباعها فى تحركهم ضمن أهدافاً واستراتيجيات محددة وواضحة، ومن أساليب التحرك : المقابلات، كتابة الرسائل، الاتصالات الشخصية والهاتفية مع المسؤولون عن اتخاذ القرارات والتشريعات التربوية ممارسة أساليب الضغط بشتى أنواعه وأشكاله، المشاركة الفعالة فى الحملات الإعلامية المنظمة باستخدام وسائل الإعلام المختلفة كالصحف والإذاعة والتليفزيون، وكذلك فى الندوات والمؤتمرات التربوية.

٢- تكوين لجان تطوعية من المهتمين بميدان التربية الخاصة من غير أولياء أمور المعوقين تقوم بمساندة هذه المجموعات وتولى دورهم الفعال فى الضغط وإصدار التشريعات اللازمة. وقد تعمل تلك اللجان التطوعية على إيجاد نواد مشتركة تجمع بين الأطفال العاديين والمعوقين.

٣- الدعوة المنظمة إلى سن القوانين والتشريعات التى تكفل حقوق المعوقين وتكفل كذلك التوسع فى الخدمات وزيادة المخصصات المادية لبرامج التربية الخاصة، وقد يتم ذلك عن طريق الاستعانة بمحامين متخصصين فى الحقوق والتشريعات العامة. وكذلك تدريب أولياء الأمور من خلال دوريات تدريبية قصيرة فى مجال التشريعات والمداخل القانونية المختلفة، ومن ثم وضع

أهداف واستراتيجيات محددة تتعلق بتشجع سن تلــك القوانيــن والتشــريعات والعمل على تحقيقها فى فترة زمنية محددة.

ثانياً : مساعدة أولياء الأمور المعوقين في تقبل دورهم كأسر للمعوقين.

لقد لخصت سنيل (Snill 1983)

١- مساعدة أولياء الأمور على التكيف : وهنا يجب الحذر مــن إرهاقــهم عــن طريق إعطائهم المسؤولية كاملة فى رعاية أطفالهم، حيث إن الأســرة التــى تعول طفلاً معوقاً تحتاج إلى دعم معنوى وتشجيع من قبل أخصائيين يملكــون القدرة على بناء علاقة سليمة ومتينة معها. ويتم ذلك بتوفــير الإرشــاد فــى تدريب الطفل وعلاجه والتغلب على إحباطهم المتكررة. وقــد يســاعد علــى تحقيق ذلك تبنى سياسة الانفتاح لمن يرغب من الأسرة فى زيارة المؤسســة التربوية للمعوقين والمشاركة فى برامجها.

٢- مساعدة الطفل المعوق على التكيف ــ وهو ما يهم أسرة المعــوق نفســه ــ وذلك بالعمل على تحسين نظرة الأطفال الآخرين واتجاهاتهم نحــو صاحبــا الإعاقة وقد يتم هذا بالعمل على تبادل الزيارات المحــددة والمدروســة بيــن الطفل المعوق وأطفال الجيران مثلا لتعريفهم ببعضهم البعض وكذلك ترتيــب زيارات مشتركة للأسرة فى الحى نفسه.

٣- مساعدة الأخوة والأخوات على تقبل أخيهم المعوق، وذلك عن طريق توفــير معلومات كافية متعلقة بأسباب الإصابة، وطبيعتها ومستقبلها وكيفية التعــامل مع أخيهم المعوق.

٤- توفير دليل بالخدمات العلاجية والتربوية وكذلك الترفيهية لأسر المعوقين.

٥- توفير مساعدات مادية لأسر المعوقين بطريقة منظمة ومخططة وخاصة تلــك التى ينقطع فيها ولى الأمر عن العمل أو يحرم منه بســبب انشــغاله بطفلــه

المعوق. هذا ويوصى أن تصرف تلك المساعدات ضمن معايير وشروط معينة منها : عمر الطفل المعوق، الدخل الحالى للأسرة، نوع الإعاقة، شدة الإعاقة، عدد أفراد الأسرة، وبعد التحقق من استحقاق الأسرة لتلك المساعدات فإنه يجب أن تصرف لهم على فترات محددة وأن يتم إرشادهم بكيفية اتفاقها.

ولقد أشار كل من (كرنيك وآخرون، وولف، جورجان وآخرون) (Crnic, et. al. 1983) (Gorgan, et al. 1980) (Wolf 1982) إلى أهمية الإرشاد الأسرى وتعريف الأهل بأهمية مشاركتهم وتحملهم جزءاً من المسؤولية بحيث يصبح دورهم مكملاً لدور الأخصائى الذى يجب أن يتميز بمهارات الاستماع الجيد والإجابة على جميع الاستفسارات أولياء الأمور المتعلقة بقدرات الطفل وأدائه، ووضعه فى المستوى التعليمى المناسب، ومستقبله التربوى والمهنى، وهكذا يشجعون على الحديث بصراحة ووضح عند مناقشة اهتماماتهم وما يواجهونه من مشكلات وصعوبات.

وفى هذا السياق أشار وولف Wolf 1982 إلى أهمية وضرورة أن يقلل الأخصائيون من استعمال المصطلحات النفسية والتربوية المعقدة التى لا يفهمها أولياء فى معظم الأحيان ويساعد ذلك على توفير جو من الثقة والألفة بين الأخصائيين وأولياء الأمور مما يؤدى إلى فهم الأخصائيين بصورة أفضل لحقيقة مشاعر أولياء الأمور التى يمرون بها وإقناعهم بأنهم ليسوا الوحيدين الذين يواجهون هذه المشكلات وأن هناك من يدعمهم ويشجعهم.

ثالثاً : مساعدة أولياء الأمور على أن يكونوا أداة عون فى تخطيط البرامج المدرسية وتنفيذها وأن مشاركتهم هذه تعتبر ذات تأثير إيجابى يعزز ويقوى أداء أطفالهم وكذلك ما يحصلون عليه من رضا وتحقيق للذات نتيجة لمساهمتهم الفعلية فى تدريب أطفالهم، وفى العادة فإن هذه المشاركة تتم بعد عملية التدريب المكثفة والمستمرة من خلال :

١- التدريب الجماعى، حيث يتم قبله تحديد حجم المجموعة المشـــاركة وكذلـك المكان المناسب للتدريب.

٢- التدريب الفردى : ويتم فى المدرسة أو المنزل.

اعتبارات أساسية عند تدريب أولياء الأمور

إن أية محاولة لتدريب أولياء الأمور سواء كانت جماعية أو فردية ــ فـى المدرسة أو فى البيت ــ يجب أن تأخذ فى الاعتبار ما يلى :

١- استخدام وسائل التشجيع لكسب مشـــاركتهم وتطوعـــهم كتوجيـه الدعـوات الرسمية لهم بالرجوع إلى العناوين المحفوظة بالمدرسة لهذه الغاية. ويوصـى بتنظيم حملات التعرف فى البداية والتحدث إليهم عن أهمية دورهم والحاجـة الماسة لمشاركتهم وتطوعهم وتعزيز الاستمرار فى ذلك عن طريـق ابتكـار الأنشطة التدريبية الجديدة وتوفير فرص النشاط المبرمج الذى يقود فى الغالب إلى نجاحهم فى مهامهم. وقد أضـاف (Iombana & Iombana 1982) ضرورة توفير المعلومات التى يطلبها أولياء الأمور بأنفسهم فى مثـل تلـك اللقاءات الأولية وإلحاقها بالاقتراحات اللازمة للاستفسارات الفردية ما أمكن.

٢- تخطيط الأنشطة ذات المعنى والضرورية كتدريب المشاركين على المهارات الحياتية اليومية أو أساليب تعديل السلوك مثلاً سواء البيتية منها أو المدرسـية. والافتراض دوما أن لديهم الرغبة للتعلم والتدرب. وقد يتم تدريبهم بـالطرق العملية فى البيت أو المدرسة كاستخدام أسلوب العرض أو التقليد مثلاً أو عـن طريق النشرات والكتيبات والأفلام وبذلك يشعر الأهل بواقعة تلك الأنشـطة وملاءمتها لاحتياجاتهم واهتماماتهم.

٣- تشجيع أولياء الأمور للقيام بدور المساعدة والمشاركة الصفية سواء كان ذلـك بالتخطيط للأنشطة الواقعية، التربوية منها والاجتماعية كالحملات المدرسـية

الخاصة بإعادة تنظيم المدرسة وصيانتها، والسماح لهم فى البداية بالمشاركة الجزئية فى تنفيذ تلك الأنشطة.

ويوصى كذلك بتشجيع الأهل بمراقبة المدرس فى غرفة الصف ثم تطبيق ما لاحظوه فى شكل مهارات محددة كالمهارات اللغوية والمعرفية الحياتية اليومية. هذا وتعتبر عملية التعديل والتقويم المستمر الدقيق من قبل المدرس للأهل أساسية لتشجيع استمرار تلك المشاركة. وإذا حصلنا على استمرارية تلك المشاركة فإنه من السهولة واليسر أن نجعل هؤلاء المشاركين من أكثر الناس وعياً وإدراكاً لأهمية برامج التربية الخاصة وبالتالى أداة دعم ومساندة وضغط فى توسعها واستمرارها.

٤- توفير مواد تربوية وكتيبات مبسطة وأفلام قصيرة وأشرطة أو أية مواد أخرى توضع فى غرفة خاصة للمصادر فى المدرسة نفسها بحيث تكون فى متناول الأهل. وينصح أن تضم هذه المواد معلومات عامة من الإعاقات المختلفة ومواد تدريبية بحيث تكون مبنية على أسس عملية ومعززة للمشاركين، كما تضم الأنشطة والأساليب العملية المختلفة الممكن استخدامها من قبل الأسر بسهولة ويسر فى تدريب أطفالهم المعوقين. وقد يوصى دوماً بتقبل اقتراحاتهم المتعلقة بتلك المواد ومحاولة تعديلها طبقاً لتلك الاقتراحات والتوصيات. هذا وقد يحفز الأهل للمساعدة فى إنتاج مثل تلك المواد التعليمية البسيطة مثل إعداد الخطط اليومية والأنشطة والأساليب المقترحة لتطبيق مثل تلك الخطط وعرض ذلك الإنتاج فى غرفة المصادر نفسها. ويوصى دوماً بتشجيع المشاركين على تدريب بعضهم البعض فى إنتاج هذه المواد التعليمية المبسطة وخاصة بالنسبة للأسر التى يتعذر اشتراكها وحضورها الدورات التدريبية للأهل أو المشاركات الصفية.

٥- تزويد أولياء الأمور بتقارير فردية مبسطة وواضحة ضمن فترات محددة عن مستوى أداء الطفل وتحسنه.

٦- تشجيع أولياء الأمور على الانضمام للدورات الأولية التي تعقد لتدريب المعلمين أثناء الخدمة بحيث يتدربوا جميعاً على الطرق نفسها والأساليب التربوية اللازمة فى تربية المعوقين وتدريبهم.

وتعقيباً على ذلك نجد أن الاهتمام بشكل متزايد فى وقتنا الحاضر بطبيعة العلاقة بين المدرسة وأولياء أمور المعوقين وكيفية بنائها وتطويرها إلى الأفضل والذى يناسبه مع متغيرات القرن الحادى والعشرين. بحيث أظهر بوضوح التغيرات الإيجابية التى طرأت على دور أولياء أمور المعوقين فى الدول الأكثر تقدماً. ومدى نجاح هذه الدول فى إصدار التشريعات والقوانين للمشاركة فى العملية التربوية التى تخص المعوقين وفى المقابل نجد أن أسر المعاقين تحملوا أيضاً جزءاً من المسؤولية فى التخطيط وتنفيذ البرامج التربوية الخاصة. ويهمنا فى النهاية أن يكون المستفيد أولاً وأخيراً من هذه التشريعات والمساعدات هو الطفل المعوق نفسه بحيث ينعكس ذلك على نموه وأدائه وتنمية مهاراته، ومشاركة الوالدين فى تدريبه لتحسين هذه المهارات يدعم التعزيز والثقة فى النفس لدى الوالدين مما يؤدى إلى إحساسهم بالرضا الداخلى نتيجة لأخذ دورهم كمربين لأطفالهم. ومن هنا ندعو إلى تضافر جهود كل المهتمين والمتخصصين فى مجال التربية الخاصة وأولياء أمور المعوقين لمزيد من التعاون فى دعم برامج التربية الخاصة مع التشجيع المستمر من قبل الأخصائيين لاستخدامهم الطرق والأساليب التى تعين أولياء الأمور ويحفزوا اهتمامهم فى تلك البرامج وتحديثها.

مراجع الدراسة

- أولاً : المراجع العربيـــــــة .
- ثانياً : المراجع الأجنبيـــــة .

مراجع الدراسة

المراجع العربية :

١- أحمد عبد اللطيف (١٩٧٦) : دراسة العلاقة بين التوفيق لدى المراهقين الصم والبكم والاتجاهات الوالدية نحوهم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.

٢- آمال محمود عبد المنعم (١٩٩٩) : فعالية برنامج ارشادى لخفض الضغوط النفسية لدى أميات الأطفال المتخلفين عقليا، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

٣- أميرة طه بخش (١٩٩٥) : أثر تكييف الأطفال ذوى الحاجات الخاصة مع بيئة أقرانهم العاديين على [illegible] تحصيلهم الدراسى (فى) المؤتمر الدولى الثانى لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، المجلد الثانى، ص ص ٥٤٣ـ٥٦٢.

٤- إيمان فؤاد الكاشف (١٦٩٥) : دراسة للعلاقات الأخوية فى الأسر التى لديها طفل متأخر عقليا، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد ٢٢، ص ص ٩ـ٤٠.

٥- إيمان فؤاد الكاشف، عبد الصبور محمد (١٩٩٨) : دراسة تقويمية لتجربة دمج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين بالمدارس العادية فى محافظة الشرقية (فى) المؤتمر الدولى الخامس لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس : المجلد الثانى، ص ص ٨١٣ـ٨٥٥.

٦- إيمان فؤاد كاشف (١٩٨٩) : أثر برنامج ارشادى فى تعديل الاتجاهات الوالدية نحو أبنائهم المعوقين عقليا، رسالة دكتوراه، كلية التربية ـ جامعة الزقازيق.

٧- الإدارة العامة للتربية الخاصة (١٩٩٠) : إدارة التربية السمعية مناهج المرحلة الابتدائية بمدارس الأمل ١٩٩٦/٩٥، القاهرة : وزارة التربية والتعليم.

٨- الجمعية المصرية للتنمية والطفولة، بالتعاون مع وزارة التربية والتعليم (١٩٩٣) مؤتمر تطوير مناهج التعليم الابتدائى، التقرير النهائى، القاهرة : وزارة التربية والتعليم.

٩- بحرية داود الجنايني (١٩٧٠) : دراسة تجريبية للخصائص النفسية للأطفال الصم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

١٠- جمال الخطيب ومنى الحديدى (١٩٩٦) : الخصائص السيكولوجية للأطفال المعوقين سمعيا فى الأردن "دراسة استطلاعية" : كلية التربية ـ العدد ١٣ـ جامعة قطر.

١١- عبد الله الغانم (١٩٩٠) : الاتجاهات العامة إذا الأطفال المعوقين وتغيرها فى العالم العربى (فى)، مؤتمر نحو اتجاهات أفضل تجاه الأطفال المعاقين، القاهرة : ص ص ٣-١٤.

١٢- عبد الوهاب محمد كامل (١٩٨٥) : الاستعداد للتعلم والتوافق النفسى لدى المعوقين سمعياً، كلية التربية، جامعة طنطا.

١٣- فؤاد البهى السيد (١٩٥٨) : الجداول الإحصائية لعلم النفس والعلوم الإنسانية الأخرى، القاهرة، دار الفكر العربى.

١٤- ــــــــ (١٩٧٩) : علم النفس الاحصائى وقياس العقل البشرى، القاهرة، دار الفكر العربى.

١٥- فتحى الديب، محمد مجاور (١٩٧٧) : المنهج المجرسى، أسسه وتطبيقاته التربوية، الكويت، دار القلم.

١٦- فيولا الببلاوى (١٩٧٨) : الأطفال واللعب، الكويت : مجلة عـالم الفكر، المجلد الثامن العدد الرابع.

١٧- ليلى صوان، تهانى إبراهيم، ناهد فياض (١٩٩٤) : تأثير بعض الإعاقات على اللياقة البدنية للتلاميذ من ٦-٩ سنوات مقارنة بالأسوياء فى المؤتمر السادس لاتحاد هيئات رعاية المعوقين ب ج.ع. نحو مستقبل أفضل للمعوقين مارس، ص ص ٢٢١_٢٣٥.

١٨- محمد رضا البغدادى (١٩٧٩) : التدريس المصغر ـ برنامج لتعليم مهارات التدريس. الكويت : مكتبة الفلاح.

١٩- ـــــــ (١٩٩٦) : الأهداف العامة للتعليم الابتدائى، وانعكاساتها على فعالية التعليم والتعلم فى ضوء فلسفة التطوير. المؤتمر العلمى فعالية التعليم والتعلم فى ضوء فلسفة التطوير. المؤتمر العلمى الأول ينـاير، ١٩٩٦، كلية التربية بقنا، جنوب الوادى.

٢٠- محمد رفقى محمد (١٩٨٧) : سيكولوجية اللغة والتنمية اللغوية لطفل الرياض، الكويت، دار القلم.

٢١- محمد عبد المجيد (١٩٨٢) : تنمية الشخصية وتنظيم الأنشطة التربوية للتلاميذ مترجم، اليونسكو، مجلة مستقبل التربية، العدد الأول.

٢٢- محمد على كامل (١٩٩٦) : سيكولوجية الفئات الخاصة : كلية التربية ـ جامعة طنطا.

٢٣- محمد ماهر محمود (١٩٨٧) : التوجيه والإرشاد النفسى للأطفال غير العاديين، الكويت، حوليات كلية الآداب، الحولية ٨، الرسالة ٤٣.

٢٤- مختار حمزة (١٩٧٩) : سيكولوجية المرض وذوى العاهات، القاهرة، دار المعارف بمصر.

٢٥- مصطفى فهمى (١٩٦٥) : مجالات علم النفس، المجلد الثـــانى، القـــاهرة، مكتبة مصر.

٢٦- ــــــــــ (١٩٦٧) : علم النفس الإكلينيكى ــ القاهرة، مكتبة مصر.

٢٧- ــــــــــ (١٩٧٦) : فى علم النفس : أمراض الكلام، القـــاهرة، مكتبـــة مصر.

٢٨- ــــــــــ (١٩٨٥) : أمراض الكلام ط٥، القاهرة، مكتبة مصر.

٢٩- ــــــــــ (١٩٧٥) : أمراض الكلام، القاهرة، مكتبة مصر، ص١٠٦.

٣٠- نهى يوسف اللحامى (١٩٨٠) : دراسة تجريبية للنضج الاجتماعى وعوامـلى الشخصية لدى الصم، ماجستير غير منشورة، كليـــة الدراســات الإنســانية، جامعة الأزهر.

٣١- وفاء عبد الجواد، عزه عبد الفتاح (١٩٩٩) : فعالية برنامج نخفض السـلوك العدوانى بإستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعياً، مجلة علم النفس العـدد (٥٠)، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ص ٨٨ــ١٢١.

٣٢- يحيى الرخاوى (١٩٨٠) : أربع محاضرات محـــاور فـــى ماهيـــة تقســيم الأمراض النفسية وعلاجها، القاهرة، مكتبة النصر الحديث.

المراجع الأجنبيـــة :

1. Buckely, S. (1986): The Development of language and reading.
2. Center, Y; Curry, C (1993: A Feaibility study of a full interactions model developed for a group student classified as mildly intellectually disabled. Jor. Of Disability Development and Education. V.40, N.3 p. 217-235.
3. Cole, D. & Meyer, L.; (1991): Social integration and severe disabilities. A longitudinal analysis of child our comes. Jor. Of Special Education, V.25, p.340-351.
4. Cormany, E., (1994): Enhancing Services for toddlers with disabilities: A reverse mainstreaming inclusion approcach. Disseration Theses Practicum Reports. Florida: Nova southeastern University.
5. Dayer; E. (1993): How elementary class room teachers make inteructional a doptations for Mains treamed students with Mental retardation. A case study, Diss. Abs, V. 53, N. 12, p.4200.
6. Edwian, F. Shertzer, (1976): Foundamentals of Quidance. 3rd York, edition, Houghton, Mifflin Company, p.91.
7. Ernest Harms, (1963): Hand book of counseling Techniques, New York, pergamon Press, p.418.
8. Eysenck, H.J., Eysenck, S.B.C., (1964): Manula of Eysenck Personality inventory, London, Hodder & Stoughton.

9. Fry, D. & Whetnelly, E., S.B.C., (1964) : The Deaf Child. London Press. Colombia Univer. New York.

10. Gilbert, S.E., (1996): Comparing the academic progress of elementary emottonally handicapped learning disabled and mildly mentally bandicapped students in self contained. Respwce Vs. Full inclusion service Delvery Models. Diss-Ab. S Vol. 56. N. 11.4355.

11. Goldstein, L., et al. (1997): Interaction among preschoolers with and without disabilities. Effects of across the day peer intervention. Jor. Of Speech Language and Hearing Research, V. 40. L., p. 33-48.

12. Hallahan, D.p., Kauffman, J.M. (1980): Exceptional children introduction to special education. Englewood cliffs, prentic Hall, Inc.

13. Hallahn D.p. Kauffman, Y.N. (1978): Exceptional Children: Introduction to special education 2nd Englae wood clifts: prentie Hall, Inc.

14. Harry, G. Lang (1973): "Teaching to Deef". The physics Grune Stratton Inc. New York.

15. Helmer, R. Myklebust, (1966): The psychology to deafness Grune Stratton Inc. New York.

16. James L., Widerman. (1974): Counselling nonverbal student, the personal and guidance journal, vol. 52, No. 10, p. 688.

17. Kahn, Harris, (1975): Response of hard of hearing and normal hearing children to frustration, Exceptional children, 24, pp. 144-159 December.

18. Kenneth, J., et al. (1990): Remembering activities performed versus imaging: A comparison of children with Mental retardation and children with Normal Intelligence. Jor. Of disability. Development and Education. V. 37, N. 3, p.201-213.

19. Kiline. P. (1981): Personality and individual assessment", London: Cambridge, Harpper and Row. P.37.

20. Kirk, R.; (1996): Children helping children help themseveles: An inclusion Model the works Jor. of Citation: Reading improvement, V.33, N. 4. P.208-209.

21. levine, Edna A., (1957): Youth in a soundless world, A search for personality. New York Univer., Press.

22. Louis M. dicarlo, (1959): The deaf and hard of hearing, Review of Educational Research, Vol., XXIX, No. 5 pp. 497-518, December.

23. Mc Donnell. J., et al (1991): Variables associated with in school and after school intergration of secondary students with severe disabilities. Education and Training in mental retardation. V. 26. N.3. p. 243-257.

24. McCouley, R.W.: Bruinins, R. (1994): The observed behavior of hearing impaired children in regular classroom presented at the council for exceptional Children. International Convention. New York.

25. Mc Connell, F.; (1984): The Parent teaching home on ear intervention program for hearing impaired children Peabody. Jor. Education. V. 51, No. 3.m p. 162. 171.

26. Oulline,. Viola, (1976): Behavicural outcomes of shortterm non directive play therapy with personal deaf. Children, Dissertation Abstract International, Vol. 36, H-12-1976.

27. Paul, F. et al., (1991): Relationship between social status an peer. Assessment of social behavior among mentally retarded and non retarded children child Development. Vol. 6, No. 1,p. 303-314.

28. Pickett, p. (1993): Integration of preschoolers with severe disabilities into day care. Jor. of Early Education and Development, C.4, N.1, p. 54-5.

29- Rankhorn, B., (1994): Some effects of reverse integration on the language environment of hearing impairo children. Lexington School for the Deaf. New York May.

30. Rogow, S; (1991): Teachers at play: Observed strategies to promote social play between children with special needs and their non-handicapped peers. Jor. Special Education, V.15, No. 3, p.201-209.

31. Rosberg, M., (1996): Responsible inclusion of students with disabilities. Paper presented at the study conference on cued speech in Malay. May 25-27.

32. Shapiro. J.; (1993): Developing a social skills training program to assist special education middle school students entering the mainstream. Practicum report, Nova University.

33. Sherman, A, et al. (1992), Social evaluation of behaviors comprising three social. Skills and a comparison of the prerformance of people with and without mental retardation. American Jor. of mental Retardation, V. 96, No. 4, p. 409-413.

34. Skills in children with Down's Syndrome Jor. of Young Children. V. 3, N.L. p. 301-320.

35. Smith, C., (1997): Adapting pioninstruction to the needs of children with learning disabilities: Merging research and intervention. U.S., New York.

36. Smith, D. (1993): Including students who are physically handicapped with non handicapped pears through integration in non academic activities practium report, Nova University.

37. Smith M; (1990): Autism and life in the community successful intervention of behavioral challenges. Baltimore: Paultt Brooks.

38. Swanson, H.L., Waston, L.B: (1982) Assesment of Exceptional children, U.S.A: Mosby Co.

39. Taylor, K., (1976): Parents and children learn together. Teaching college Press., Colombia Univer., New York.

40. Trybus, R.G., Kar hm M.A. (1977): "School Achievement Scores of I red children". American Annals of the Deaf. Vo. 22.N2.

41. Welsh, G.S., (1980): Welsh figure preference test, consulting psycholcgists Press, Inc., palo Alto, California, USA.

42. Williams (1920). Williams, S.C.L (1992): The verlel lamguage worlds an early childhood literacy development of three proloundly deaf preschool children. Disertation, Abstracts Inter national, Vol. 52, No. 8) p.2890-A.

43. Y Leving, E, (1981): The ecology of early deafness New York: Columbia University.